UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER
Année 1912. — N° 20

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE

DES

Hyperesthésies Neuro-Musculaires

SYSTÉMATISÉES

DANS LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

ET EN PARTICULIER

AU POINT DE VUE PATHOGÉNIQUE

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 8 Juillet 1912

Par R. DIDIER

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX D'ORLÉANS ET D'ORAN

Né le 27 Décembre 1883 à Ligny-le-Châtel (Yonne)

MEMBRES DU JURY :

MM. ARDIN-DELTEIL, professeur de clinique médicale. Président.
SOULIÉ, professeur de pathologie générale, microbiologie et parasitologie . . . . . } Juges.
GILLOT, chargé des fonctions d'agrégés . . . . } Juges.
RAYNAUD, — — . . . . } Juges.

Oran. — Imp. D. HEINTZ et FILS, boulevard Malakoff, 18 et 20.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536524_0058

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE

DES

HYPERESTHÉSIES NEURO-MUSCULAIRES

SYSTÉMATISÉES

DANS LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

ET EN PARTICULIER

AU POINT DE VUE PATHOGÉNIQUE

UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1912. — N° 20

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE

DES

Hyperesthésies Neuro-Musculaires

SYSTÉMATISÉES

DANS LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

ET EN PARTICULIER

AU POINT DE VUE PATHOGÉNIQUE

ACAD. MED. PHAT. BIBL.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 8 Juillet 1912

Par R. DIDIER

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX D'ORLÉANS ET D'ORAN

Né le 27 Décembre 1883 à Ligny-le-Châtel (Yonne)

MEMBRES DU JURY :

MM. ARDIN-DELTEIL, professeur de clinique médicale. Président.

SOULIÉ, professeur de pathologie générale, microbiologie et parasitologie . . . . . } Juges.

GILLOT, chargé des fonctions d'agrégés . . . . } Juges.

RAYNAUD, — — . . . . } Juges.

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

Oran. — Imp. D. HEINTZ et FILS, boulevard Malakoff, 18 et 20.

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Doyen . . . . . MM. CURTILLET (I. ✠).
Assesseur . . . . . VINCENT (I. ✠).

PROFESSEURS

Anatomie . . . . . MM. WEBER (I. ✠).
Anatomie pathologique et histologie . . . . . POUJOL (I. ✠).
Physiologie. . . . . REY (✠, I. ✠).
Clinique médicale. . . . . ARDIN-DELTEIL (I. ✠).
Clinique chirurgicale . . . . . VINCENT (I. ✠).
Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées. . . . . BRAULT (✠, I. ✠).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie . . . . . CURTILLET (I. ✠).
Clinique obstétricale . . . . . ROUVIER (✠, I. ✠).
Clinique ophtalmologique . . . . CANGE (A. ✠).
Chimie médicale et toxicologie. . MALOSSE (I. ✠, ✠).
Physique médicale et biologique. GUILLEMIN (✠, I. ✠),
Pharmacie . . . . . BATTANDIER (I. ✠).
Matière médicale et thérapeutique. HÉRAIL (I. ✠).
Histoire naturelle médicale . . . TRABUT (✠, I. ✠, O. ✠).
Pathologie générale, microbiologie et parasitologie . . . . . SOULIÉ (I. ✠).
Hygiène et médecine légale . . . CRESPIN (I. ✠).

CHARGÉ DE COURS

Chimie biologique. . . . . M. SAMBUC (I. ✠).

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Chaires d'anatomie et de physiologie . . . . . MM. LEBLANC (A. ✠).
Chaires de pathologie et de clinique internes . . . . . GILLOT (A. ✠).
Chaires de pathologie et de clinique externes et de clinique obstétricale . . . . . E. CABANES (A. ✠). FUSTER.
Chaires de chimie et de physique. MALOSSE (A. ✠).
Chaires de pharmacie et de matière médicale. . . . . MUSSO.
Section de médecine générale . . RAYNAUD.
Section de parasitologie et sciences naturelles appliquées à la médecine . . . . . VIGUIER.
Section d'anatomie . . . . . ARGAUD (A. ✠).

AUX PROFESSEURS

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ALGER

A MES MAITRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ARDIN-DELTEIL

A MONSIEUR LE DOCTEUR MOLLE

A MES CHERS PARENTS

Il nous est impossible de terminer nos études médicales sans adresser à nos Maîtres, tant à Paris, qu'à Orléans, et à l'Hôpital civil d'Oran, nos plus sincères remerciements.

Nous ne saurions trop exprimer notre reconnaissance à M. le Docteur Molle qui, non content de nous avoir inspiré le sujet de cette thèse, s'est généreusement mis à contribution pour nous faciliter notre tâche.

Quant à M. le Professeur Ardin-Delteil, qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse, nous lui exprimons ici l'expression de toute notre gratitude.

DIVISION DU SUJET

Historique et Introduction.

Chapitre I. — Symptomatologie des hyperesthésies neuro-musculaires systématisées chez les tuberculeux :

1° Hyperesthésie musculaire ;

2° Hyperesthésie des troncs nerveux.

Chapitre II. — Observations.

Chapitre III. — Considérations pathogéniques.

Contribution à l'Étude des Hyperesthésies Neuro-Musculaires

SYSTÉMATISÉES DANS LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

ET EN PARTICULIER AU POINT DE VUE PATHOGÉNIQUE

HISTORIQUE ET INTRODUCTION

Ce fut Weill [**1**] qui décrivit le premier, en 1893, certains troubles nerveux apparaissant au cours de la tuberculose pulmonaire. Les recherches de cet auteur, parues dans un article très documenté de la Revue de Médecine, s'étendaient à toute une série de phénomènes, tels que : troubles de la sensibilité cutanée, hyperesthésie osseuse et articulaire, modifications des réflexes, rétrécissement du champ visuel, etc., etc., mais elles s'attachaient plus spécialement à l'étude de l'hyperesthésie de certains groupes musculaires.

Ces idées ne trouvèrent d'abord que peu d'écho dans la littérature médicale et nous ne voyons guère que Carrière qui, dans sa thèse soutenue à Bordeaux en 1894-1895 [**2**], étudie des faits analogues.

En 1899, ce même auteur revenait sur cette question dans un travail assez important paru dans le *Nord médical* [**3**] ; mais c'est surtout Jacquet qui reprit cette intéressante étude et, en isolant les symptômes exclusivement musculaires, d'une part, et les rattachant, d'autre part, aux troubles de sensibilité nerveuse, sut lui imprimer comme un cachet de clarté et de simplicité. C'est à la séance de la Société médicale des Hôpitaux, à la date du 5 mai 1899, que cet auteur fit une première communication intitulée : « Hémi-hyperesthésie neuro-

musculaire chez un tuberculeux, avec transfert, — Syndrome de Weill » [4] ; et c'est à la fin de cette même année que son élève L. Jannot soutenait sa thèse sur « l'hémi-hyperesthésie neuro-musculaire dans la tuberculose pulmonaire — Syndrome de Weill » [5].

Ainsi donc, comme nous l'avons fait remarquer, cette nouvelle formule gagne en concision et, en outre, intervient un nouvel élément fort intéressant, le *transfert,* au cours de ces phénomènes nerveux ; toutefois, malgré cette heureuse transformation, la paternité de ce syndrome est soigneusement respectée et nous ne saurions trop louer le praticien parisien de la scrupuleuse loyauté dont il a fait preuve à l'égard de celui qui lui avait ouvert la voie.

Quoiqu'il en soit, ce genre de phénomène ne donnait lieu à aucun travail spécial jusqu'en 1905, où nous voyons relatés dans un travail de Molle (Oran), intitulé « L'homme droit et l'homme gauche, au point de vue pathologique » [6], toute une série de troubles d'hyperesthésie neuro-musculaire systématisés à un côté du corps et survenant au cours de différents états morbides, mais plus spécialement au cours de la tuberculose pulmonaire. Cet auteur s'est surtout attaché à l'interprétation pathogénique de ces accidents nerveux, et il a élaboré tout un système théorique fort séduisant qu'il a continué à défendre dans une longue série de mémoires [7], [8], [9], [10], [11], [12] parus depuis et auxquels nous serons appelés à faire de larges emprunts au cours de ce travail. Or, il est facile de se rendre compte, et Molle nous l'avoue lui-même, qu'il a étudié ces phénomènes spontanément, en ignorant totalement au début, les recherches de ses devanciers ([9], p. 548) ; mais cette circonstance est loin d'être négligeable, on le comprendra, dans l'appréciation de la justesse des descriptions des divers cliniciens qui se sont occupés de ces intéressantes questions.

C'est d'ailleurs ce qui est implicitement reconnu dans une thèse relativement récente également inspirée par

Jacquet et soutenue par Lebar sous le titre « Hyperesthésies systématisées et troubles connexes » (Thèse de Paris, 1906) [**13**].

Dans ce travail, en effet, les recherches de Molle sont citées ([**13**], p. 76) et l'auteur ne peut s'empêcher de reconnaître la similitude des faits observés.

Personnellement, ayant eu la bonne fortune, au cours de notre passage à l'Internat d'Oran, de suivre à plusieurs reprises la visite de M. Molle, chargé du service des pavillons affectés aux tuberculeux dans l'Hôpital civil de cette ville, nous fûmes particulièrement intéressé par la façon dont notre maître observait et analysait les symptômes nerveux présentés par ses malades. C'est sur ses conseils et sous sa direction que nous avons entrepris ce travail.

Dans une première partie, nous exposerons la symptomatologie de ces hyperesthésies systématisées, telles que les ont décrites Weill, Jacquet, Molle, faisant ressortir les points qui sont communs à ces cliniciens et aussi les différences qui les séparent.

Un second chapitre sera exclusivement consacré à l'exposé d'un certain nombre d'observations de tuberculeux, soit directement fournies par notre maître, soit prises dans le service sous sa direction.

Dans un troisième chapitre, nous nous étendrons sur les questions de doctrine et tout spécialement en ce qui concerne la question pathogénique. A ce point de vue particulier, disons-le tout de suite, il y a une divergence essentielle entre les conceptions de Jacquet et Weill, d'une part, et celles de Molle, d'autre part ; les premiers attribuant purement et simplement à l'hystérie l'origine de ces phénomènes, ou les considérant toujours comme secondaires à une irritation préalable, alors que, pour Molle, il existerait originellement chez tout prédisposé, comme une orientation nerveuse spéciale qui commanderait la topographie des lésions pulmonaires éventuelles ; orientation qui, précisément,

est décelée par le siège des troubles nerveux qui font l'objet de cette étude [42].

Nous ferons suivre ces considérations pathogéniques de l'exposé de quelques conséquences pratiques qui en découlent concernant le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire, son pronostic et, enfin, son traitement ; à ce dernier point de vue, nous serons tout naturellement amenés à apprécier le mode d'action de certaines interventions chirurgicales récemment introduites dans la thérapeutique antituberculeuse, opération de Freund [14], établissement d'un pneumothorax artificiel par la méthode de Forlanini-Brauer [15], et dans l'interprétation pathogénique desquelles il subsiste encore tant d'obscurité.

CHAPITRE I

Symptomatologie des hyperesthésies neuro-musculaires systématisées chez les tuberculeux

Ainsi que nous l'avons fait remarquer au début de ces lignes, parmi toute une série de troubles nerveux que Weill décrivait dans son travail initial, Jacquet n'a retenu, pour en faire la base de son syndrome, que les phénomènes qui ont trait à l'hyperesthésie musculaire, et il y a ajouté l'exploration des gros troncs nerveux de l'organisme ; nous allons donc examiner successivement dans deux paragraphes différents les troubles dus à l'hyperesthésie musculaire et ceux dus à l'hyperesthésie des troncs nerveux.

§ 1er. — Hyperesthésie musculaire

La sensibilité musculaire est, en général, étudiée au point de vue spécial de la perception du mouvement et du sens des attitudes. Il est classique de dire, en effet, que la sensibilité des muscles nous renseigne sur la force et l'énergie déployées dans l'acte du mouvement. *Ce n'est pas de cette sensibilité spéciale qu'il s'agit ici,* mais seulement de la *sensibilité générale* des muscles.

C'est à ce genre de troubles que Weill attachait la plus grande importance : il leur a donné le premier rang dans son mémoire et prélude à leur description par ces mots : « Les phénomènes qui nous paraissent

dominer dans ces cas de perturbation nerveuse, c'est l'hyperesthésie musculaire ; c'est elle que nous avons rencontrée dans tous les cas, c'est autour de ce symptôme que nous grouperons les autres faits relevant de l'atteinte du système nerveux... » ([**1**], p. 451). C'est bien, en effet, la partie la plus intéressante de notre étude et elle mérite d'être exposée avec détail ; nous allons donc passer successivement en revue les caractères reconnus à ces phénomènes par les divers auteurs que nous avons déjà signalés.

La première particularité sur laquelle il est insisté dans toutes les descriptions, c'est que ces troubles douloureux sont restés la plupart du temps *inaperçus du malade.*

« Cette hyperesthésie musculaire, dit Weill, s'accompagne parfois d'un fonctionnement douloureux des muscles....., mais, le plus souvent, *le patient ne s'en aperçoit pas, il l'ignore complètement et il faut la rechercher systématiquement.* » ([**1**], p. 451).

« L'hyperesthésie musculaire, dit Lebar, comme l'hyperesthésie nerveuse, sont généralement ignorées du malade ; il n'en a aucune conscience, l'exploration méthodique seule la met en évidence. » ([**13**], p. 17).

Nous ne saurions trop insister sur ces faits : il nous permettent, d'une part, d'éliminer du syndrome la plupart des douleurs spontanées ressenties par les bacillaires, douleurs que les malades décrivent si volontiers à leur médecin, et, d'autre part, nous savons ainsi qu'il faut se donner la peine de rechercher ces symptômes. Molle a particulièrement insisté sur les difficultés que présentent parfois ces explorations : « Il est nécessaire, dit cet auteur, de bien faire comprendre aux sujets examinés la portée des questions qui leur sont posées. C'est ainsi que beaucoup de personnes, quand on leur demande : éprouvez-vous une douleur ou une sensation quelconque ? répondent immédiatement par la négative. Comme, en effet, ces sujets n'ont jamais *ressenti spontanément* de douleur

particulière au niveau de la région qui fait l'objet de l'examen, ils confondent cet état normal avec le nouvel état de choses déterminé par l'exploration présente. Aussi doit-on leur donner des explications d'autant plus claires, que la perception de ces sensations est plus délicate. » ([6], p. 21).

Ces réflexions nous amènent naturellement à décrire *de quelle façon procèdent* les différents observateurs pour mettre en lumière l'hyperesthésie musculaire.

Voici en quels termes Weill décrit sa méthode : « Il suffit, pour la constater, de presser légèrement les muscles, de les pincer pour déterminer une réaction plus ou moins vive. On peut s'assurer facilement par la comparaison avec d'autres malades qu'il ne s'agit pas d'une susceptibilité physiologique du sujet ; au reste, comme l'hyperesthésie est, dans la plupart des cas, limitée à un seul côté, la manœuvre sur les muscles sains fait ressortir très nettement l'hyperesthésie du côté opposé... » ([1], p. 451). En outre, toujours d'après ce même auteur, l'hyperesthésie musculaire s'accompagne d'une augmentation de l'excitabilité faradique des muscles : « Avec un appareil à chariot, on observe très nettement qu'un courant, qui détermine la contraction des muscles hyperesthésiés, ne produit aucun effet appréciable sur ceux du côté opposé... » ([1], p. 451).

« Pour la recherche de la sensibilité générale musculaire, dit Lebar, Jacquet nous a enseigné le procédé suivant : prenant le bord libre d'un muscle entre deux doigts, le trapèze, par exemple, nous le soulevons légèrement, en même temps nous le pinçons avec une certaine brusquerie. A l'état normal, cette exploration réveille une sensation particulière, toujours désagréable, même par un pincement modéré, bien différente de la sensation due à la pression de la peau et aisément distinguée par le malade. Or, dans les cas d'hyperesthésie profonde, on provoque ainsi non pas une sensation désagréable, mais *une vive douleur,* et il est aisé, par comparaison avec le côté opposé, d'ap-

précier si cette hyperesthésie est ou non unilatérale. » ([**13**], p. 11).

Lebar ajoute plus loin : « Nous avons souvent constaté, au cours de nos explorations, que le phénomène du myo-œdème était plus fréquent, plus durable sur les muscles hyperesthésiés et cela surtout dans les cas de tuberculose pulmonaire avancée. Pour étudier dans les conditions les meilleures ce phénomène, nous percutons avec la pulpe du médius les fibres du grand pectoral, à droite et à gauche, un nœud de contraction se produit douloureux du côté hyperesthésié, plus marqué et de durée plus longue que du côté opposé... » ([**13**], p. 21). Ce fait avait été également noté par Weill. Depuis longtemps, Lawson Tait le considérait comme un signe précoce de tuberculose ; le fait est que Carrière [**3**] a rencontré ce phénomène dans plus de 75 % de ses tuberculeux.

Molle qui, comme nous le verrons, a généralisé l'étude de ces phènomènes à toute une série d'états pathologiques, a rattaché à l'hémi-hyperesthésie neuro-musculaire des troubles parfois très peu accusés et dont la constatation exige quelque habitude. « Ces réactions, dit-il, sont tellement atténuées, qu'il faut une certaine dextérité pour les reconnaître et leur recherche exige une technique assez minutieuse. » ([**6**], p. 17).

Cet auteur a donc cru nécessaire de décrire certains de ces procédés et nous jugeons bon, de notre côté, d'en reproduire quelques-uns.

Pour l'exploration du grand pectoral : « Le malade ayant le thorax à nu, on le prie d'écarter légèrement les bras du corps en contractant le moins possible les muscles de la région scapulo-humérale ; de cette façon, la paroi antérieure du creux de l'aisselle est parfaitement isolée et accessible. Cette paroi, ainsi relâchée, est alors saisie entre le pouce et l'index de chaque main, simultanément d'un côté et de l'autre, et pincée progressivement sur toute son épaisseur jusqu'à apparition de la douleur ; on peut, de cette façon, comparer

très aisément l'intensité de cette douleur d'un côté à l'autre. » ([6], p. 67 et suivantes).

Pour l'exploration des muscles trapèzes : « On procède également par pincement au niveau du rebord supéro-externe de ces muscles rendus saillants par une attitude appropriée de la tête. »

Enfin, l'exploration des gouttières rachidiennes est ainsi décrite : « Le malade est assis sur une chaise sans dossier, ou bien sur une chaise ordinaire, mais de telle sorte que le dossier ne puisse gêner les mouvements de l'observateur. Ce dernier se place complètement face à la gauche du patient, également dans la position assise et aussi près de lui que possible. Ainsi disposé, il embrasse avec le bras gauche la région thoracique antérieure du malade, la main placée sur son épaule droite ; il immobilise alors solidement le corps du sujet en serrant vigoureusement le thorax entre sa main d'une part, et sa propre épaule gauche, de l'autre, le bras arc-bouté n'exerçant aucune constriction au niveau de la région sterno-claviculaire, constriction qui, à elle seule, pourrait déterminer une sensation d'oppression. Le patient ainsi fixé, l'exploration des gouttières dorsales est pratiquée comme il suit : l'index de la main droite, courbé en crochet, est fortement appuyé par sa face dorsale, successivement d'un côté à l'autre, et, dans la même gouttière, sur différents points de la surface. On arrive ainsi, par tâtonnements, à trouver un endroit précis où la douleur est très spéciale et au niveau duquel le malade déclare éprouver une sensation très différente suivant le côté exploré. » [6], p. 68).

Ces descriptions un peu minutieuses ont été faites en prévision de certains cas où l'observation des phénomènes en question exige une certaine attention.

C'est, qu'en effet, l'hyperesthésie musculaire est très variable comme *intensité*. « Tantôt, dit Weill, le pincement des muscles provoque une douleur légère quoique très nette. Parfois il arrache au malade des cris, déter-

mine des mouvements de recul, des soubresauts... alors que, même dans les cas d'hyperesthésie excessive, il peut arriver que le malade ne souffre pas à l'occasion des mouvements... » ([**1**], p. 451).

D'après Lebar, « l'intensité de la réaction provoquée par l'exploration des muscles est des plus variables. C'est tantôt une sensation légère, mais pénible, devenant peu à peu gênante, voire douloureuse, quand nous insistons par des pressions répétées ; à ce degré, le malade manifeste sa sensation par une grimace... Dans d'autres cas, c'est d'emblée une douleur très violente, tellement vive, qu'elle arrache un cri au malade, il a un brusque mouvement de retrait pour se soustraire à cette souffrance... » ([**13**], p. 18).

Molle décrit également ici une douleur locale qui est appréciée par le sujet, bien supérieure à celle que les mêmes moyens déterminent du côté opposé... » ([**6**], p. 18). Mais à côté de ces troubles naissant et mourant sur place, il a observé des « *phénomènes sympathiques* » s'irradiant à distance : « On peut provoquer, dit cet auteur, à l'instant même, une sorte d'oppression, de constriction à l'épigastre... » ([**6**]. p. 18). Il est vrai que ces derniers symptômes ne sont observés qu'au niveau de certains *lieux d'élection* des masses musculaires, et, en particulier, d'une « *zone rachidienne* », située dans l'épaisseur des muscles de l'une ou l'autre des gouttières vertébrales, à hauteur de la 2e ou 3e vertèbre dorsale, à l'endroit où l'on trouve souvent dans l'hystérie une « *zone hystérogène* » depuis longtemps décrite par Briquet ([**16**], p. 278).

Comme on le voit, l'analogie avec l'hystérie est frappante, « sauf, ajoute l'auteur dont il s'agit, en ce qui concerne l'intensité de ces troubles, à tel points que, si ces symptômes n'étaient isolés, on pourrait croire qu'il s'agit là en réalité d'une véritable névrose surajoutée... » ([**6**], p. 19).

Nous venons de toucher précisément à la partie faible de l'édifice ; ces faits sont sans doute intéressants,

diront nombre de cliniciens, mais ils sont essentiellement justiciables de la grande objection qui s'adresse à tous ces symptômes d'ordre subjectif, lesquels sont souvent suggérés par les médecins à leurs patients.

Molle a prévu cette objection et il a constamment renforcé la constatation de ces troubles nerveux à l'aide d'un autre signe dont la concordance a toujours été parfaite et qui, comme on pourra s'en rendre compte, est totalement en dehors de la suggestion médicale ; ce signe qui lui est absolument personnel et dont l'originalité ne peut être niée, est celui qu'il a décrit sous le nom de « *signe du décubitus latéral de prédilection* ».

Nous croyons utile d'entrer dans quelques détails à ce sujet.

D'après Molle, un malade ne choisit jamais pour son décubitus au cours du sommeil, le côté où siège l'hyperesthésie neuro-musculaire, quelque faibles qu'en soient les symptômes révélateurs ; il couche régulièrement sur son côté normal : il ne faut pas croire, en effet, que, dans le sommeil, le malaise qu'amène dans les masses musculaires, la mise en jeu un peu prononcée de leur élasticité ne soit pas ressenti : « Si la conscience ne le perçoit pas, l'instinct en est averti, et, si bien, que le dormeur, tout en ne se réveillant pas, change d'attitude » [17]. Or, chez les sujets qui ont réellement un côté de prédilection pour le repos, il est parfaitement légitime de soutenir que les pressions exercées par le poids du corps et les dispositions vicieuses des membres agissent sans doute d'une façon plus précise et plus impérieuse du côté sur lequel ils redoutent de prendre leur sommeil ; il est donc permis de dire que le malade enregistre de cette façon et, pour ainsi dire automatiquement son hémi-hyperesthésie, le médecin n'ayant plus alors qu'à interpréter ces faits dont la signification devient pleine d'intérêt.

Nous n'insisterons pas davantage sur ces phéno-

mènes dont la connaissance a été largement mise à profit par nous au cours de nos observations.

Voyons maintenant quels sont les muscles qui présentent plus particulièrement ces troubles de la sensibilité.

D'après Weill, « l'hyperesthésie a quelques sièges de prédilection ; elle occupe par ordre de fréquence : le grand pectoral (20 fois), le trapèze, le grand dorsal, les sus et sous-scapulaire, le carré des lombes (18 fois), le sterno-mastoïdien (16 fois), les muscles de la paroi antéro-latérale de l'abdomen, les masses sacro-lombaires (15 fois), les muscles antérieurs de la cuisse (13 fois), les muscles postérieurs de la cuisse, le biceps brachial et les muscles de la nuque (12 fois), les scalènes, les fessiers (9 fois), le masseter, le deltoïde (8 fois), le biceps brachial (5 fois), les muscles de la jambe (4 fois)... » ([**1**], p. 451).

On peut voir, d'après cette énumération, que l'hyperesthésie atteint particulièrement les muscles du tronc, de la racine du membre supérieur, du cou et qu'elle s'étend rarement jusqu'aux extrémités ; le pied, la jambe, la main, l'avant-bras sont le plus souvent indemnes.

Lebar observe avec justesse que lorsque « l'hyperesthésie est partielle, elle se groupe plus spécialement au voisinage de la lésion et de l'irritation qui en est le point de départ ; plus on s'en éloigne, moins les muscles sont sensibles... » ([**13**], p. 19).

Il en est de même pour Molle ; cet auteur, en effet, a surtout rencontré l'hyperesthésie au niveau des muscles grand pectoral et trapèze. Nous reviendrons d'ailleurs ultérieurement sur quelques particularités propres à cet observateur concernant ce sujet.

Une autre question et des plus intéressantes se présente maintenant à notre étude : nous voulons parler de la *distribution* de ces troubles sensitifs relativement à l'un ou l'autre côté du corps, en un mot, de leur *systématisation* au sens général du mot.

D'après Weill, « le champ de l'hyperesthésie a une

étendue moyenne assez constante : 16 fois sur 20, l'hyperesthésie musculaire se limite à une moitié du corps ; 4 fois elle se généralise aux deux côtés ; mais dans ces derniers cas, elle est toujours, soit comme étendue, soit comme intensité prédominante d'un côté... » ([1], p. 452).

Lebar, d'après Jacquet, cite un cas d'hyperesthésie *généralisée* et un autre d'hyperesthésie *croisée* chez des tuberculeux, mais il spécifie expressément qu'il s'agit là d'exceptions et que dans l'immense généralité des cas ces troubles de la sensibilité sont nettement *systématisés* à un seul côté du corps.

La description de Molle diffère légèrement des précédentes ; pour lui, en effet, tandis que dans la tuberculose pulmonaire confirmée l'hyperesthésie musculaire est unilatérale [7], au contraire, dans les formes de début, il n'est pas rare qu'on trouve une hyperesthésie croisée et siégant au niveau des muscles formant le revêtement des sommets du poumon ; c'est ainsi que lorsque le grand pectoral *gauche* est hyperesthésié, ce sera le trapèze *droit* qui présentera le même phénomène, et réciproquement.

Nous aurons d'ailleurs souvent l'occasion d'insister à nouveau sur ces particularités au cours de ce travail.

Mais il est d'autres points sur lesquels les descriptions de Molle diffèrent plus sensiblement encore de celles de Weill et de Jacquet et que nous allons examiner successivement : c'est en ce qui concerne la *date d'apparition* de ces troubles, leur *fréquence,* leur *marche,* et surtout leur *systématisation relativement aux lésions pulmonaires.*

Pour la *date de l'apparition,* Weill a fait les constatations suivantes : « Le début de l'affection pulmonaire remontait une fois à 15 jours, une fois à 2 mois, trois fois à 3 mois, une fois à 4 mois, une fois à 5 mois, une fois à 6 mois, deux fois à 8 mois, une fois à 1 an, trois fois à 2 ans..., une fois à 3 ans..., une fois à plusieurs années... » ([1], p. 467).

Toutefois cet auteur ne conteste pas que l'hémi-hyperesthésie ne puisse exister en dehors de tout signe d'auscultation alors qu'il n'y a encore que des symptômes fonctionnels : « Dans une bronchite douteuse, dans une brancho-pneumonie à marche rapide, les troubles de la sensibilité pourraient se développer avant qu'il y ait des signes certains de tuberculose. Nous avons été amenés dans un cas à faire ce diagnostic uniquement d'après la présence d'une hémi-hyperesthésie ; il n'y avait pas de bacilles dans les crachats et les signes d'auscultation étaient douteux : l'évolution des phénomènes confirma cette manière de voir... » ([1], p. 472).

Or, si nous nous en référons à la description de Molle, que voyons-nous ?

D'une part, cet auteur considère l'existence d'une différence de réaction entre le côté droit et le côté gauche, au point de vue neuro-musculaire, comme un phénomène courant qu'il aurait pu déceler chez près de 90 % des sujets qu'il a pu observer soit sains, soit en puissance de maladie quelconque.

A vrai dire, et quand nous examinons les choses de près, il ne s'agit pas de phénomènes identiques ; nous avons bien spécifié que les réactions douloureuses, telles que les a décrites cet auteur, siègent non pas sur toute l'étendue des muscles, mais plutôt en un point limité de sa surface, en *un lieu d'élection,* véritable *zone hyperesthésique ;* ces troubles de la sensibilité sont d'ailleurs parfois très délicats à déceler et pourraient être considérés comme dénués de toute signification s'ils n'avaient, d'une façon constante, comme témoin, le phénomène dit « *du décubitus latéral de prédilection* » sur lequel nous avons précédemment insisté.

D'autre part, toutefois, quand il s'agit de l'observation du tuberculeux, nous retrouvons les caractères de l'hyperesthésie musculaire telle que l'ont décrite Weill et Jacquet et spécialement au niveau du trapèze et du grand pectoral ; nous voyons alors que ce

symptôme prend une importance prépondérante au point de vue du diagnostic précoce des lésions. Voici, en effet, en quels termes sont relatées ces particularités intéressantes :

Après avoir spécifié que les zones pulmonaires où l'envahissement bacillaire se manifeste le plus précocement sont : d'une part, chez les hémi-hyperesthésiques *gauches*, les fosses sous-claviculaire *gauche* et sus et sous-épineuses *droites*, et, d'autre part, chez les hémi-hyperesthésiques *droits*, les régions symétriquement opposées, il ajoute : « Il n'est pas toujours possible d'établir par des moyens stéthoscopiques la preuve effective de l'apparition simultanée de cette double lésion ; toutefois, nous avons toujours observé qu'une pression digitale un peu vigoureuse effectuée au niveau du revêtement musculo-cutané des deux régions susindiquées (c'est-à-dire au niveau du muscle grand pectoral d'une part et trapèze de l'autre) indiquait une sensibilité fortement exagérée à leur niveau relativement à celle de leurs congénères opposées... » ([**6**], p. 58).

C'est bien là une opinion analogue à celle que Weill exprimait, à cette différence près, que, pour ce dernier, le phénomène en question est rarement observé, alors que, pour Molle, il serait presque la règle.

Au point de vue de la *marche* et de la *durée* de ces troubles nerveux, voici les opinions exprimées par les différents auteurs :

Pour Weill, « ce sont des phénomènes essentiellement passagers ; ils se développent pour acquérir leur intensité maximum dans un espace de temps qui varie de quelques jours à deux mois... ; leur disparition s'opère lentement, progressivement en quelques semaines... » ([**1**], p. 465).

Les élèves de Jacquet développent des idées analogues, en ajoutant toutefois la notion si intéressante du « *transfert* ».

D'après Janot, « c'est un phénomène très passager, pouvant se déplacer d'un jour à l'autre, d'une moitié

du corps à l'autre moitié... ; d'autres fois, après s'être cantonnée plusieurs jours à gauche, elle (l'hyperesthésie) se porte brusquement à droite, ou inversement elle passe de droite à gauche ; c'est le phénomène de *transfert* d'un côté à l'autre côté, sous l'influence d'une irritation localisée à ce dernier... » ([**5**], p. 28).

Toutefois, en ce qui concerne les malades atteints de tuberculose pulmonaire, Lebar a soin d'ajouter : « Dans les affections chroniques à évolution lente, comme dans la tuberculose pulmonaire, les phénomènes sensitifs subissent moins de variation dans leur état ; comme l'avait observé Weill, ils persistent des semaines, des mois même, puis finissent par s'épuiser... » ([**13**], p. 43).

Molle, dans ses premières communications, semblait, au contraire, reconnaître à ces troubles sensitifs un certain caractère de stabilité ; mais, dans ses derniers travaux, il s'est rangé nettement de l'avis de ses devanciers et a donné de cette modification dans ses idées des raisons qui nous paraissent fort intéressantes à signaler : « Je dois reconnaître, dit-il, n'avoir pas suffisamment insisté sur le caractère d'instabilité des troubles neuro-musculaires... Comme l'ont signalé Weill et surtout Jacquet, il se produit parfois brusquement des phénomènes de transfert, et tel malade qui a pu être considéré à un premier examen comme un hémi-hyperesthésique gauche, voit ses troubles nerveux passer du côté opposé sous des influences variables, mais qui ont presque toujours leur origine dans une médication révulsive, de telle sorte que, à mesure que le tuberculeux avance dans sa maladie et qu'il a subi des contacts médicamenteux plus multipliés, ces phénomènes perdent beaucoup de leur ampleur et de leur régularité... », et il ajoute : « J'avoue que s'il m'a été possible au début de mes recherches de me procurer des documents suffisamment probants, c'est que je les ai recueillis dans une clientèle rurale très pauvre et, par cela même, peu prodigue d'intervention médi-

camenteuse quelconque ; alors que, au contraire, l'exercice ultérieur de ma profession dans un milieu urbain m'a permis une plus exacte appréciation des choses... » ([**9**], p. 549).

Nous trouvons, en outre, dans un mémoire tout récent du même auteur les réflexions suivantes :

« A mesure que la tuberculose avance dans sa marche, les troubles d'hémi-hyperesthésie prennent un caractère d'instabilité fort remarquable... Ces particularités nous sont connues, mais certaines mesures nous ont paru propres à nous mettre à l'abri de leur intervention ; elles ont consisté à suspendre, pendant quelques jours chez nos malades, toute action thérapeutique active et, en particulier, toute espèce de révulsion, pointes de feu, vésicatoire, teinture d'iode, etc., des observations récentes nous ayant permis de reconnaître, comme cause fréquente de cette instabilité, ce genre de médication. De cette façon, le bacillaire, même à une époque relativement avancée de son affection, reprend son type hémi-hyperesthésique initial... » ([**12**], p. 141).

On jugera, par ces lignes, toute l'originalité et l'intérêt de pareilles constatations ; il nous sera d'ailleurs facile, au cours de ce travail, de vérifier, par des observations caractéristiques, le bien-fondé de pareilles assertions. En tout cas, il résulte bien de ces faits que l'étude de ces phénomènes d'hémi-hyperesthésie est parfois entourée de difficultés et qu'il serait injuste de rejeter *a priori* les conclusions de certains chercheurs avant d'avoir suffisamment approfondi la question.

Il en est de même lorsqu'on se place au point de vue de la *systématisation* de l'hémi-hyperesthésie neuro-musculaire *relativement au siège des lésions pulmonaires.*

Pour Weill, « les troubles nerveux chez les tuberculeux n'ont pas de rapport fixe, ni comme intensité, ni comme distribution avec le siège, l'étendue et la gravité des lésions pulmonaires... » ([**1**], p. 491). C'est également l'opinion de Jacquet et de ses élèves.

Or, pour Molle, il existerait une concordance remarquable entre le siège habituel de l'hémi-hyperesthésie et celui des lésions pulmonaires ; voici, d'ailleurs, les traits principaux de cette relation :

Chez les sujets dont l'hémi-hyperesthésie siège à *gauche,* l'envahissement bacillaire débute toujours, soit par étapes successives, soit simultanément, au niveau de l'une ou l'autre de deux régions bien différenciées, qui sont, d'une part, la fosse sous-claviculaire *gauche* et, de l'autre, les fosses sus et sous-épineuses *droites.*

Chez les sujets dont l'hémi-hyperesthésie siège à *droite,* la distribution de ces régions est inverse ; autrement dit, ce sont les fosses sous-claviculaire *droite* et sus et sous-épineuses *gauches* qui présentent les lésions de début.

Nous n'insisterons pas davantage, pour le moment, sur ce sujet ; on comprendra, en effet, que cette phase de la question étant sous la dépendance directe des idées pathogéniques émises par l'auteur qui nous occupe, l'étude approfondie en soit mieux indiquée dans le chapitre où seront traitées l'étiologie et la pathogénie de ces phénomènes.

Il nous reste, avant de passer à l'exposé de nos observations, à parler de l'hémi-hyperesthésie des troncs nerveux.

---

§ 2. — Hyperesthésie des troncs nerveux

Weill a complètement passé sous silence ce genre de troubles ; Jacquet, au contraire, les a mis particulièrement en lumière.

« D'une manière générale, dit son élève Lebar, cette hyperesthésie est parallèle à celle des muscles avec laquelle elle coexiste et qu'elle *précède toujours*..... » Elle tend vers le type *unilatéral* ; tantôt elle est *partielle* et n'atteint que les troncs nerveux voisins de l'irritation causale ; tantôt elle peut se généraliser à

tous les troncs nerveux d'un côté, « ceux du côté opposé à égalité de pression restant à peu près indifférents..... » ([**13**], p. 17).

Pour ce même auteur, l'intensité de cette exaltation sensitive est très variable ; tous les degrés possibles ont été notés depuis la légère sensibilité jusqu'à la douleur intolérable.

Molle fait sur la nature de cette hyperesthésie des troncs nerveux les mêmes observations que sur celle des muscles ; insistant sur le peu de réactions qui existent dans certains cas et sur la difficulté que l'observateur a parfois de déceler l'inégalité de la sensation d'un côté à l'autre.

Comment faut-il explorer cette sensibilité des nerfs et de quelle façon arrive-t-on à démasquer leur hyperesthésie relative ?

Voici la méthode employée par Lebar : « Nous recherchons la sensibilité des troncs nerveux de la manière suivante : par la pression douce et graduelle d'un nerf contre un plan dur sous-jacent, osseux ou aponévrotique ; c'est ainsi que nous explorons le radial dans la gouttière de torsion humérale, le crural sur le plan musculo-aponévrotique du pli de l'aine, le cubital dans sa gouttière épitrochléenne, etc., le phrénique et le pneumogastrique sont explorés par la pression entre les deux chefs du muscle sterno-eleido-mastoïdien..., la sensibilité des troncs nerveux est facilement mise en jeu par ces procédés et son exaltation reconnue aisément, si l'on a le soin indispensable d'agir par comparaison avec les nerfs du côté opposé..... » ([**13**], p. 10).

Molle s'est étendu d'une façon toute particulière sur l'exploration des pneumogastriques [**8**]. Tout d'abord, après examen de diverses méthodes, il s'est arrêté à celle qui consiste à comprimer le nerf entre la pulpe du pouce et la face antérieure de la colonne cervicale ; il signale à quelles difficultés on se heurte quand on essaye de dégager parmi les phénomènes provoqués

par la compression du faisceau vasculo-nerveux du cou, la part qui revient à chacun des éléments du dit faisceau ; et déclare avoir observé que « les phénomènes plus particulièrement sous la dépendance de la compression de la carotide s'obtiennent par une pression douce et prolongée, alors que ceux consécutifs à la compression du vague apparaissent à la suite d'une pression plus brutale et de peu de durée..... » On comprendra l'importance de ces détails quand on saura, par exemple, que la compression prolongée de l'une des carotides peut amener des phénomènes réactionnels dans la partie du corps opposée à la carotide explorée, alors que, au contraire, les résultats de la compression de l'un des vagues s'observent généralement du côté exploré.

Il était intéressant d'insister sur les particularités que présentent ces investigations, car, c'est en partant de la grande fréquence des phénomènes réactionnels provoquée au niveau de l'un ou l'autre des vagues par une exploration appropriée que Molle a cru pouvoir édifier une théorie séduisante qui lui a permis de reconnaître une sorte de systématisation des lésions spécifiques tout au moins au début de la tuberculose pulmonaire.

Nous ajouterons que l'exploration des vagues a été faite au cours de la tuberculose pulmonaire par divers auteurs et avec des résultats fort peu concordants : C'est ainsi que Peter ([**18**], p. 805) a cité le cas d'une tuberculeuse qui toussait et vomissait ; cette malade avait le pneumogastrique gauche très douloureux, mais ce clinicien concluait à une lésion névrotique de ce nerf par compression.

La douleur des pneumogastriques, d'après Fernet [**19**], serait consécutive à des lésions du nerf par des ganglions dégénérés ; cette lésion expliquerait la symétrie dans la topographie de l'envahissement tuberculeux.

Grancher, enfin ([**20**], p. 231), voit également dans

les lésions secondaires du pneumogastrique l'explication de la symétrie des lésions ; mais il affirme, d'autre part, avoir rencontré des cas où les deux pneumogastriques étaient parfaitement indolents.

Telle n'est pas l'opinion de Mays ([**21**], p. 437), qui, dans un important travail de date récente, a conclu de la fréquence du réflexe douloureux des vagues dans la tuberculose à l'origine trophoneurotique de cette affection. C'est également l'opinion qu'a soutenue Molle, mais pour les mêmes raisons que nous avons invoquées tout à l'heure, on comprendra que cette question soit mieux à sa place dans le chapitre traitant de la pathogénie de ces phénomènes.

Nous avons épuisé la matière de ce premier chapitre. Nous allons exposer maintenant quelques observations où ces troubles nerveux sont plus spécialement mis en lumière ; elles faciliteront notre tâche dans l'étude et la discussion des diverses théories pathogéniques invoquées par les auteurs qui se sont occupés de ces intéressantes questions.

CHAPITRE II

Observations

Les Observations qui vont suivre ont été rédigées sur un type constant, de façon à ce que les phénomènes sur lesquels il convient d'insister soient immédiatement rendus saillants.

Après un exposé rapide des antécédents et particularités pathologiques qui peuvent se présenter, nous noterons successivement, tout d'abord, le résultat de l'auscultation au moment où le malade est examiné pour la première fois, puis les troubles d'hyperesthésie musculaire dont il est porteur.

Pour ce dernier examen qui, comme on le comprend, nous arrêtera plus longtemps, nous subdiviserons les phénomènes observés en deux catégories principales : la première se rapportera aux troubles de la sensibilité générale musculaire tels qu'ils ont été décrits plus particulièrement par Weill et Jacquet, c'est-à-dire qui affectent la totalité des fibres d'un muscle donné ; on sait que Molle n'a recherché cette forme d'hyperesthésie que sur deux muscles seulement : le grand pectoral et le trapèze.

Dans la seconde catégorie, nous rangerons les troubles musculaires que ce dernier auteur a décrits plus spécialement ; ils ont ceci de particulier, comme nous l'avons dit, c'est que l'exagération de la sensibilité se rencontre seulement au niveau de certains lieux d'élection de la masse du muscle atteint, véritables *zones d'hyperesthésie musculaire*. Les zones dont l'explo-

ration donne les résultats les plus constants sont les suivantes :

1° Une zone siégeant au niveau des muscles des gouttières rachidiennes (*zone rachidienne*) ; on la retrouve à hauteur de la 2e ou 3e vertèbre dorsale. Nous ne reviendrons pas sur la technique de sa recherche que nous avons minutieusement exposée dans le chapitre précédent ;

2° Une zone siégeant au niveau des masses musculaires des fessiers *(zone fessière)* : on la retrouve vers le centre de la fosse iliaque externe ; il existe là une région assez limitée où l'écrasement des fibres musculaires entre le plan de l'os et la pulpe du doigt produit une sensation douloureuse très particulière quand l'hyperesthésie recherchée existe réellement ;

3° Une zone siégeant au niveau du muscle grand droit de l'abdomen *(zone abdominale)* ; cette zone se retrouve vers le tiers moyen du muscle entre la région ombilicale et son insertion pubienne, c'est-à-dire vers la région correspondant à la zone ovarienne ; il est bien entendu que cette dernière exploration a toujours été faite de façon à respecter les organes abdominaux sous-jacents, de telle sorte qu'il s'agit bien là d'un phénomène siégeant dans l'épaisseur du muscle.

Nous avons joint à ces phénomènes l'exploration de la sensibilité des testicules ou des ovaires, celle des pneumogastriques, et enfin, toutes les fois qu'il a été possible de le faire, il a été relaté le résultat de l'interrogatoire du malade concernant le côté sur lequel le décubitus était pris habituellement au cours du sommeil normal.

OBSERVATION I (Personnelle)

P... Josepha, pavillon n° 8, lit n° 7, service du Dr Molle, âgée de 15 ans. — Rien à noter dans les antécédents héréditaires ou personnels. L'affection actuelle aurait débuté il y a trois mois environ ; examinée pour la première fois le 9 décembre 1911.

Signes stéthoscopiques. — *Sommet droit.* — Matité très nette au niveau des *fosses sus et sous-épineuses,* exagération des vibrations à l'auscultation, obscurité, respiration légèrement soufflante ; il n'y a pas de craquements, ni de râles.

Ces phénomènes se retrouvent *sous l'aisselle* et aussi, quoique plus atténués, dans la fosse *sous-claviculaire ;* il est très aisé de constater, en particulier à ce niveau, une tonalité beaucoup plus élevée à la percussion qu'au niveau de la fosse sous-claviculaire gauche ; il y a également de l'obscurité, mais moins accusée qu'en arrière, pas de râles.

Sommet gauche. — La respiration est partout normale, en particulier dans la *fosse sous-claviculaire.*

Troubles nerveux. — La malade choisit le *décubitus latéral droit* pour son sommeil ; elle est très affirmative sur ce point et reconnaît avoir toujours agi ainsi.

Le grand pectoral *gauche* est très hyperesthésié relativement à celui du côté droit. C'est, au contraire, le trapèze *droit* qui est hyperesthésié relativement à son congénère gauche.

La zone rachidienne *gauche* présente une hyperesthésie très notable relativement à son homologue de droite ; en outre, une pression un peu vigoureuse à son niveau détermine des sensations angoissantes s'irradiant jusqu'au niveau de l'épigastre et une légère dyspnée.

Une compression même légère au niveau du muscle grand droit *gauche (zone abdominale)* dans la région juxta-ovarienne donne des résultats analogues ; il est

à noter que le point de départ de ces troubles réside bien dans la paroi et même dans l'épaisseur de la peau, un pincement un peu brusque d'un pli cutané déterminant les mêmes phénomènes.

La *zone fessière gauche* est aussi très notablement hyperesthésiée. Les gros troncs nerveux des membres supérieur et inférieur *gauches* sont également très douloureux ; enfin, la compression du pneumogastrique *gauche* décèle une hyperesthésie locale manifeste.

Il est à noter que cette systématisation de ces troubles nerveux a conservé une constance remarquable pendant deux mois entiers et existait encore au moment où cette malade a été perdue de vue ; fait digne de remarque, la malade a présenté, durant son séjour à l'hôpital, à plusieurs reprises, des poussées fluxionnaires au niveau de diverses articulations ; ces manifestations ont été considérées comme appartenant au rhumatisme inflammatoire tel que l'a décrit Poncet au cours de la tuberculose ; les localisations articulaires ont été presque exclusivement à *gauche* et en particulier au niveau du genou, qui a présenté une hydarthrose très marquée. Ces troubles n'ont modifié à aucun moment la topographie de l'hyperesthésie.

Il est bon de faire remarquer qu'il ne fut procédé à aucune intervention thérapeutique externe, telle que vésicatoire, pointes de feu, teinture d'iode, etc.

A son départ de l'hôpital, la malade ne présentait ni toux, ni fièvre.

Remarques. — Il s'agit là d'un cas de tuberculose au début où les phénomènes décrits par Molle présentent leur maximum de régularité ; en effet, les lésions bacillaires semblent bien avoir débuté au niveau des fosses *sus et sous-épineuses droites,* de là elles se sont propagées jusque vers la région *antérieure* du sommet en passant par *l'aisselle.* Or, nous avons vu que ce mode de localisation s'observe chez les hémi-hyperesthésiques *gauches ;* c'est bien ce qui se produit dans la circonstance, puisque notre malade a ses zones d'hy-

peresthésies parfaitement localisées à *gauche ;* une exception subsiste en ce qui concerne l'hyperesthésie du trapèze *droit,* mais nous savons que ce croisement est particulièrement fréquent dans les formes initiales.

Notons, enfin, que, malgré l'absence de tout signe stéthoscopique au niveau de la fosse sous-claviculaire *gauche,* le grand pectoral *gauche* est nettement hyperesthésié ; toutes ces particularités, nous le répétons, correspondent aux descriptions que nous avons déjà signalées dans les différents travaux de Molle. Un dernier fait intéressant réside en ce que, malgré les troubles articulaires intercurrents, la topographie de ces phénomènes nerveux ne s'est modifiée en aucune sorte ; cette fixité des localisations nerveuses s'observe d'ailleurs souvent, comme nous le verrons, surtout en ce qui concerne les zones d'hyperesthésie.

OBSERVATION II

(Communiquée par le Dr Molle)

Maria T..., âgée de 18 ans, malade observée en clientèle. — Bonne santé antérieure, vue pour la première fois en décembre 1908 ; a perdu dans le courant de l'année 1906 un frère âgé de 22 ans, à la suite d'une tuberculose pulmonaire à marche subaiguë ; ce frère avait été suivi par l'auteur de l'observation actuelle durant la plus grande partie de sa maladie et il avait été expressément noté que les lésions pulmonaires avaient débuté au niveau de la *fosse sous-claviculaire droite* et avaient envahi la totalité du sommet *droit.* Actuellement, cette jeune fille présente les *signes stéthoscopiques* suivants :

Sommet droit. — Matité très nette au niveau de la fosse sous claviculaire ; exagération des vibrations manifeste ; à l'auscultation, on observe : obscurité respiratoire, expiration prolongée et rude, râles et sibilances à la toux. Ces signes se perçoivent encore dans la partie la plus antérieure du *creux axillaire,*

mais s'atténuent progressivement pour disparaître en *arrière,* où on ne trouve rien d'anormal.

Sommet gauche. — Respiration normale partout. Notons qu'il existe des phénomènes fébriles, de la toux et de l'amaigrissement.

Troubles nerveux. — La malade affirme ne pouvoir prendre son sommeil dans des conditions normales que sur le côté *gauche ;* d'ailleurs, on note que la mère de cette jeune fille et deux de ses sœurs, interrogées sur ce point, ont non seulement confirmé la déclaration ci-dessus, mais encore ont reconnu qu'elles-mêmes ne pouvaient dormir à leur aise que couchées sur leur côté *gauche.*

Le grand pectoral *droit* est très nettement hyperesthésié ; c'est le trapèze *gauche,* au contraire, qui présente une exagération douloureuse manifeste.

Les zones rachidienne *droite,* fessière *droite* et abdominale *droite* sont manifestement hyperesthésiées. Il en est de même du pneumogastrique *droit.*

Cette malade fut soumise à des applications de pointes de feu répétées au niveau de la fosse sous-claviculaire droite et suivit un traitement tonique quelconque ; suivie pendant deux mois environ, l'état général s'est notablement amélioré, la toux a diminué et il ne subsistait comme signes stéthoscopiques que de la submatité sous la clavicule droite et de l'obscurité du murmure vésiculatre.

Ces troubles nerveux n'ont subi d'autre modification qu'une diminution dans l'intensité de la douleur au niveau des zones d'hyperesthésie et la disparition de cette même douleur au niveau du grand pectoral droit et du trapèze gauche ; à aucun moment, il ne fut constaté de phénomènes de transfert ; le *décubitus* était toujours pris sur le côté gauche.

Remarque. — Il s'agit encore là d'un cas de tuberculose au début, dans lequel les phénomènes d'hyperesthésie affectent le type croisé comme l'avait signalé

Molle ; mais nous noterons, en outre, une particularité fort intéressante : ce même auteur avait signalé l'influence de l'hérédité sur la localisation de l'hyperesthésie à droite ou à gauche [42] : « C'est ainsi, dit-il, que, souvent, certains sujets déclaraient spontanément : je ne puis dormir que sur tel côté ; d'ailleurs, telle personne de ma famille est comme moi » ([6], p. 22).

Ces faits doivent être retenus, car ils nous paraissent administrer la preuve de l'antériorité des troubles hyperesthésiques, du moins tels que les a décrits Molle, relativement à l'apparition des lésions pulmonaires ; nous verrons plus tard toute l'importance qu'on doit attacher à de pareilles constatations.

A signaler également l'absence de tout phénomène de transfert pendant la période où cette malade a été observée.

OBSERVATION III

(Prise dans un travail du Dr Molle : « Le signe du tapotage dans la tuberculose pulmonaire », *Lyon médical*, 7 février 1909). — Extraits.

Zari X..., hôpital civil d'Oran, pavillon n° 8, lit n° 7, âgée de 22 ans, d'origine israélite. — Rien à noter de saillant dans les antécédents héréditaires. Examinée dans le courant d'octobre 1908, cette malade présente les *lésions suivantes :*

Sommet droit. — Vaste excavation dont les signes physiques se perçoivent presque avec autant d'intensité en arrière qu'en avant. Toutefois, il existe au niveau de la fosse sous-claviculaire une bande pulmonaire relativement perméable où le murmure vésiculaire peut encore se percevoir, de telle sorte qu'il y a des probabilités pour que la lésion actuelle ait débuté en *arrière* dans les fosses sus et sous-épineuses et se soit étendue de là dans la presque totalité du sommet.

Sommet gauche. — Sous la clavicule, zone d'infiltration sans fonte, craquements secs, légère exagération des vibrations ; ces signes persistent sous l'aisselle,

mais les fosses sus et sous-épineuses présentent une respiration à peu près normale.

Au point de vue *nerveux,* la malade présente de l'hyperesthésie neuro-musculaire très nettement localisée à *gauche ;* le grand pectoral gauche en particulier est fortement hyperesthésié relativement à son homologue de droite ; les muscles de la gouttière rachidienne *gauche* sont nettement hyperesthésiés, principalement au lieu d'élection. Une pression légère exercée au niveau du pneumogastrique *gauche* détermine une sensation douloureuse beaucoup plus marquée qu'à droite. Zone ovarienne *gauche* hyperesthésiée.

OBSERVATION IV

(Même origine que l'Observation III). — Extraits

J... C., malade de la clientèle, âgé de 32 ans. — A été suivi dès le commencement de son affection, c'est-à-dire depuis janvier 1907. La tuberculose a débuté très nettement dans la fosse sus-épineuse *gauche,* puis au bout de quelques jours le sommet *droit* se prenait et l'on constatait des phénomènes de bronchite diffuse, en particulier sous la clavicule et dans le creux axillaire. La dernière fois que ce malade fut examiné, fin octobre, il présentait des lésions bilatérales, mais plus avancées à *gauche* où le processus tuberculeux était décelé dans toute l'épaisseur du sommet, tandis qu'à *droite* les fosses sus et sous-épineuses restaient encore indemnes ; toutefois on ne constatait aucun signe contraire.

Au point de vue *nerveux,* ce malade avait présenté de l'hémi-hyperesthésie, mais avec phénomènes de balancement remarquables, les troubles douloureux passant alternativement d'un côté à l'autre et avec une intensité très variable ; toutefois, c'est au niveau du côté *droit* que l'hémi-hyperesthésie avait paru pour la première fois ; c'est également à droite qu'on pouvait en constater les localisations les plus prolongées.

Or, précisément à la fin octobre, l'hémi-hyperesthésie neuro-musculaire était particulièrement facile à reconnaître dans le côté *droit* du corps.

OBSERVATION V

(Tirée du mémoire des Drs Molle et Jouty, signalé à l'index bibliographique [12]). — Extraits

Cortez José, âgé de 68 ans. — Pas d'antécédents héréditaires ; personnellement présente un cas frappant de tuberculose par contagion. En l'espace de quelques mois, trois autres personnes de sa famille ont été atteintes de tuberculose. Vu pour la première fois en janvier 1905, tousse et a commencé de maigrir. On a pu constater un foyer initial très net au niveau des fosses sus et sous-épineuses *droites ;* suivi assez régulièrement, il présente en mai les *signes stéthoscopiques* suivants :

Sommet droit. — Infiltration diffuse de tout le sommet ; il existe du souffle seulement en *arrière* et les vibrations thoraciques sont surtout exagérées à ce niveau également. Ces phénomènes sont décelables aussi dans *l'aisselle,* de telle sorte qu'il est permis de soutenir que l'infiltration totale du sommet ayant eu son point de départ en arrière a cheminé de proche en proche d'arrière en avant.

Sommet gauche. — Simplement obscurité et submatité *sous la clavicule.* Rien sous l'aisselle, rien dans les fosses sus et sous-épineuses.

Phénomènes nerveux. — Le malade affirme ne pouvoir prendre son sommeil que couché sur le côté droit ; l'hémi-hyperesthésie, quoique difficile à mettre en lumière, siège sur le côté *gauche.* On la trouve notamment sur les points suivants : la paroi musculaire antérieure du creux axillaire (grand pectoral, le muscle grand droit *gauche*..., le muscle grand fessier *gauche,* etc.). Le pneumogastrique *gauche* est nettement hyperesthésié ; il en est de même des gros troncs nerveux

des membres, en particulier du nerf médian à *gauche ;* hyperesthésie testiculaire à gauche..., le trapèze *droit* est hyperesthésié.

Notons, enfin, que la corde vocale gauche a été reconnue infiltrée à l'examen laryngologique, tandis que sur l'hémi-larynx droit il n'existe aucune lésion appréciable.

OBSERVATION VI

(Même origine que la précédente). — Extraits

Serviano, âgé de 38 ans. — A commencé à tousser depuis deux ou trois mois seulement. Rien à noter dans les antécédents héréditaires ou personnels.

Signes stéthoscopiques. — *Sommet droit.* — Submatité dans les fosses sus et sous-épineuses ; exagération manifeste des vibrations thoraciques relativement à la zone homologue de gauche. Il n'y a rien sous l'aisselle ni dans la fosse sous-claviculaire.

Sommet gauche. — Élévation de la tonalité à la percussion sous la clavicule gauche. Obscurité et bouffées de râles à la toux dans cette même région. Rien sous l'aisselle, rien dans la fosse sus-épineuse.

Phénomènes nerveux. — Ce malade affirme ne pouvoir dormir à son aise que couché sur le côté *droit.* Les différentes zones d'hyperesthésie musculaire sont parfaitement localisées à *gauche.* Le pneumogastrique gauche est spécialement douloureux. Les troncs nerveux des membres du côté gauche sont également très sensibles à la pression. Enfin, une compression un peu violente au niveau de l'apophyse mastoïde gauche provoque une réaction douloureuse assez vive et est suivie d'une ébauche de toux. Le testicule gauche est nettement hyperesthésié.

L'examen laryngologique a permis de reconnaître des lésions localisées à l'hémi-larynx *gauche* à l'exclusion de l'hémi-larynx *droit.*

OBSERVATION VII

(Même origine que l'Observation V). — Extraits

Hernandez, âgé de 39 ans. — A commencé à tousser depuis sept à huit mois. Rien de particulier à noter dans les antécédents héréditaires ou personnels.

Signes stéthoscopiques. — *Sommet droit.* — Dans la fosse sous-claviculaire, submatité, obscurité, respiration rude et soufflante, légère exagération des vibrations ; rien sous l'aisselle, ni dans les fosses sus et sous-épineuses.

Sommet gauche. — Légère submatité sous la clavicule ; mais le murmure vésiculaire est normal ; au contraire, sous l'aisselle, apparition de bouquets de râles à la toux et exagération des vibrations ; enfin, dans les fosses sus et sous-épineuses, respiration soufflante et râles muqueux.

Phénomènes nerveux. — Chez ce malade, l'hémi-hyperesthésie neuro-musculaire siège à *droite,* sauf au niveau du trapèze *gauche* qui présente une réaction douloureuse plus accusée que du côté opposé. En outre, le malade affirme ne pouvoir dormir à son aise que lorsqu'il repose sur le côté *gauche.*

L'examen laryngologique dénote une infiltration énorme de tout l'hémi-larynx *droit.*

OBSERVATION VIII

(Même origine que l'Observation V). — Extraits

Khétib Mahieddine, de race nègre, né à Oran, âgé de 36 ans, malade depuis un an environ. Il est porteur de nombreux foyers d'adénites cervicales suppurées.

Signes stéthoscopiques. — *Sommet droit.* — Il existe une vaste caverne dont la situation antérieure peut être repérée à cause de la proximité des signes cavitaires qui éclatent sous l'oreille au niveau de la fosse

sous-claviculaire. Les mêmes symptômes se trouvent sous l'aisselle. Dans les fosses sus et sous-épineuses, les signes cavitaires paraissent plus lointains et, en outre, une auscultation minutieuse permet de déceler une bande pulmonaire probablement de peu d'épaisseur, mais très superficielle, au niveau de laquelle se perçoit encore un murmure vésiculaire presque normal.

Sommet gauche. — Il y a des signes de bronchite tuberculeuse généralisée à tout le sommet ; mais on ne rencontre des symptômes de condensation du parenchyme pulmonaire que dans la fosse sus-épineuse, où se perçoit une respiration soufflante.

Phénomènes nerveux. — Hémi-hyperesthésie neuro-musculaire très nette dans la moitié droite du corps. Notons cependant que, étant donnée la présence ci-dessus signalée d'adénites cervicales multiples, il a été impossible de procéder correctement à l'exploration des trapèzes ni à celle des pneumogastriques. Le testicule droit est très nettement hyperesthésié. Notons, enfin, que ce malade affirme ne pouvoir dormir à son aise que couché sur le dos.

L'examen laryngologique a permis de reconnaître que l'hémi-larynx *droit* seul présentait des lésions assez avancées.

OBSERVATION IX

(Même origine que l'observation V). — Extraits

Wirtz, âgé de 15 ans, malade depuis 15 mois environ.

Signes stéthoscopiques. — *Sommet droit.* — Rien d'anormal sous la clavicule et sous l'aisselle. Dans la fosse sus épineuse, respiration légèrement soufflante, exagération des vibrations.

Sommet gauche. — Signes cavitaires sous la clavicule gauche. L'infiltration se prolonge sous l'aisselle et presque dans les fosses sus et sous-épineuses, où les lésions paraissent plus avancées que celles que nous

avons signalées à droite en un point homologue, mais sans cependant qu'il soit perçu de signes cavitaires, comme dans la fosse sous-claviculaire.

Phénomènes nerveux. — Hémi-hyperesthésie neuro-musculaire parfaitement systématisée à gauche, — testicule gauche très hyperesthésié. La compression un peu brutale du pneumogastrique gauche provoque immédiatement la toux, alors qu'il n'y a rien de semblable à droite.

Notons que, les deux trapèzes étant également explorés, c'est le trapèze droit qui est le plus sensible, quoique les lésions du territoire pulmonaire sous-jacent soient décelées à l'auscultation moindres que celles du territoire homologue.

Enfin, le malade affirme ne pouvoir reposer à son aise pendant la nuit que couché sur le côté droit.

Examen laryngologique. — Tuméfaction de toute la bande ventriculaire gauche, à surface lisse, sans ulcération. Aucune lésion appréciable à droite.

OBSERVATION X

(Même origine que l'Observation V). — Extraits

Manuel M..., 37 ans, tousse depuis sept ou huit mois. Ce malade est porteur d'un adénophlegmon du cou siégeant à droite et à marche subaiguë.

Signes stéthoscopiques. — *Sommet droit.* — Lésions de bronchite généralisée en avant et en arrière avec trait d'union sous l'aisselle. Il est difficile de fixer l'ancienneté relative des lésions, car il n'y a pas de foyer de condensation plutôt en avant qu'en arrière.

Sommet gauche. — La respiration est absolument normale en avant sous la clavicule. Rien à noter sous l'aisselle ; par contre, il existe de l'obscurité respiratoire et quelques bouquets de râles à la toux au niveau des fosses sus et sous-épineuses.

Phénomènes nerveux. — Hémi-hyperesthésie neuro-musculaire à droite ; le testicule droit est très fortement hyperesthésié. L'exploration du pneumogastrique est impossible à cause de l'adénite cervicale. Toutefois, il est très aisé de constater que le trapèze gauche est plus sensible que le droit.

Notons, enfin, que le malade affirme ne pouvoir dormir à son aise que du côté *gauche*.

L'examen laryngoscopique indique des lésions considérables au niveau de l'hémi-larynx *droit* et l'intégrité de l'hémi-larynx gauche.

OBSERVATIONS XI

(Même origine que l'Observation V). — Extraits

Joseph F..., âgé de 23 ans, célibataire. Ce malade fut soigné en ville en décembre 1907. Il présentait à ce moment une pleurésie séro-fibrineuse au niveau de la base droite avec phénomènes fébriles assez violents. Il n'y avait aucun symptôme de localisation pulmonaire à ce moment. Toutefois l'examen attentif des réactions nerveuses permit de constater très nettement de l'hémi-hyperesthésie neuro-musculaire à gauche, avec croisement au niveau du trapèze droit. Cet épanchement fut respecté et, au bout d'un mois, le murmure vésiculaire réapparaissait à la base droite. Le malade fut perdu de vue depuis et finit par entrer à l'hôpital d'Oran.

Signes stéthoscopiques. — *Sommet droit.* — On note seulement un peu d'obscurité au niveau des fosses sus et sous-épineuses, quelques rares bouquets de râles à la toux, pas de symptômes d'induration.

Il n'y a rien d'arnormal sous l'aisselle ni au niveau de la fosse sous-claviculaire.

A la base, très légère submatité et obscurité respiratoire en rapport avec le siège de l'ancien épanchement.

Sommet gauche. — Signes d'infiltration diffuse de

tout le sommet. Matité en avant et en arrière ; on ne perçoit du souffle que dans la partie la plus interne de la fosse sous-épineuse ; propagation probable d'une lésion en profondeur partant de la région antérieure. La matité descend à deux travers de doigt au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate.

Phénomènes nerveux. — L'hémi-hyperesthésie siège très exactement dans tout le côté gauche ; le trapèze gauche est plus douloureux que le droit. La distribution croisée de l'hémi-hyperthésie n'existe donc pas chez ce malade ; notons à cette occasion que, il y a exactement douze jours, le malade avait appliqué de son propre mouvement un vésicatoire du côté droit au siège de son ancien épanchement.

Il y a également de l'hyperesthésie testiculaire gauche. Le pneumogastrique gauche est très sensible, et sa compression donne lieu à une toux réflexe assez violente.

L'examen laryngologique indique que l'hémi-larynx *gauche* seul présente des lésions très avancées à l'exclusion de l'hémi-larynx droit.

Remarque. — Les Observations V, VI, VII, VIII, IX, X et XI sont tirées, comme nous l'avons déjà dit, d'un mémoire publié avec la collaboration de Molle et de Jouty [**12**] et dans lequel étaient signalées les relations existant entre la localisation des lésions tuberculeuses au niveau du larynx et la topographie des lésions pulmonaires dans la tuberculisation simultanée de ces deux organes ; on a pu juger de la régularité des résultats, l'hémi-larynx lesé se trouvant constamment du côté hémi-hyperesthésié. Nous tirerons au chapitre suivant toutes les conclusions utiles de pareilles constatations. Observons, en outre, que les auteurs du mémoire ci-dessus ont formellement spécifié que leurs malades n'avaient été soumis à aucune espèce de révulsion pendant une période d'une quinzaine de jours avant leur examen, et cela pour se mettre à l'abri de tout

phémonène de transfert des troubles nerveux qu'ils présentaient.

OBSERVATION XII (Personnelle)

Fathma ben Mohamed, pavillon n° 8, lit n° 4, mauresque âgée de 45 ans, née à Marakech, mendiante. N'a jamais jusqu'à ce jour (décembre 1911) été en contact avec un médecin ; elle n'a donc jamais été soumise à une médication révulsive quelconque.

Signes stéthoscopiques. — *Sommet droit.* — Matité, exagération des vibrations au niveau des fosses sus et sous-épineuses et dans le creux axillaire ; à l'auscultation, craquements et râles humides dans la plus grande partie du sommet, sauf à la zone la plus antérieure dans la fosse sous-claviculaire où le murmure vésiculaire est à peu près normal.

Sommet gauche. — Matité, souffle amphorique, gargouillement au niveau de la fosse sous-claviculaire ; ces symptômes vont s'affaiblissant nettement d'avant en arrière ; il est perçu toutefois des râles humides dans les fosses sus et sous-épineuses, mais pas d'exagération des vibrations à ce niveau.

Troubles nerveux. — Cette malade s'exprime exclusivement en arabe ; en outre, son état mental confine à la sauvagerie ; malgré ces conditions défavorables pour une exploration de cette nature, il est parfaitement possible de systématiser l'hémi-hyperesthésie à la partie *gauche* du corps ; hyperesthésie du trapèze droit, — zone rachidienne, fessière, abdominale très sensibles à gauche — la compression du pneumogastrique gauche détermine de la toux.

Remarque. — L'intérêt de cette Observation réside en ce fait que cette malade a conservé la distribution de ses troubles nerveux tels qu'on les rencontre au début de la tuberculose, malgré le degré avancé où elle se trouve ; et cette particularité doit être attribuée sans

doute à ce que, comme nous l'avons fait remarquer, elle n'avait jamais subi le contact d'une médication révulsive.

OBSERVATION XIII (Personnelle)

A... Fortunée, pavillon n° 8, lit n° 3, hôpital d'Oran, née à Oran, célibataire, âgée de 27 ans. Observée une première fois en décembre 1911.

Signes stéthoscopiques. — *Sommet droit.* — Submatité, exagération des vibrations, craquements secs au niveau des fosses sus et sous-épineuses, propagation dans le creux axillaire ; la fosse sous-claviculaire ne présente rien d'anormal.

Sommet gauche. — Il existe seulement un peu d'obscurité sous la clavicule avec type expiration prolongée.

Troubles nerveux. — Ils sont à ce moment remarquablement faciles à localiser ; la malade présente une hémi-hyperesthésie généralisée à presque tous les muscles du côté *gauche*, sauf pour le trapèze *droit* qui est plus douloureux que le gauche ; la malade reconnaît prendre son sommeil de préférence sur le côté *droit*.

Sortie en fin décembre améliorée, elle revient fin janvier et son examen donne les résultats suivants : elle avoue tout d'abord avoir subi récemment une très forte application de pointes de feu.

Signes stéthoscopiques. — *Sommet droit.* — On reconnaît au niveau des fosses sus et sous-épineuses les lésions antérieurement constatées, mais en voie de fonte, des craquements humides étant perçus cette fois ; la fosse sous-claviculaire est toujours indemne.

Sommet gauche. — Les lésions du début constatées précédemment au niveau de la fosse sous-claviculaire sont restées stationnaires ; mais, d'autre part, on constate au niveau des fosses sus et sous-épineuses des phénomènes congestifs très appréciables se traduisant par de la matité, de l'exagération des vibrations,

râles à la toux et respiration soufflante ; il est important de noter que l'on ne trouve pas sous l'aisselle de trait d'union entre le foyer antérieur et le foyer postérieur, ce dernier étant pour ainsi dire autonome et séparé du premier par une zone de tissus pulmonaire reconnu sain par l'auscultation du creux axillaire.

Troubles nerveux. — L'hémi-hyperesthésie s'est transportée en bloc sur le côté *droit*, et même y acquiert une intensité remarquable, le moindre attouchement de certains muscles déterminant des protestations énergiques et des mouvements de défense ; il existe une toux violente ; la malade reconnaît ne pouvoir plus dormir à son aise sur son côté *droit*. Le 12 février, il est placé intentionnellement un vésicatoire de petite dimension sur l'épaule gauche en arrière au niveau du foyer récemment développé.

Examinée le 14 février, la malade présentait, au point de vue nerveux, les phénomènes suivants :

Disparition complète de l'hyperesthésie droite ; on constate à nouveau à gauche certaines zones douloureuses, mais ces troubles sont beaucoup moins accusés qu'ils n'étaient à droite ; la toux a presque complètement cédé et la malade a pu la nuit dernière reposer tranquillement sur son côté *droit*. Pas de modifications appréciables à l'auscultation.

Remarque. — Cette observation nous permet de prendre sur le fait l'action de la médication révulsive, pointes de feu ou vésicatoire sur les troubles de la sensibilité ; nous voyons également que concurremment au transfert à *droite* de l'hémi-hyperesthésie était apparu un foyer autonome siégeant dans l'épaule *gauche* en arrière, c'est à-dire dans une zone correspondant à celles occupées par les lésions pulmonaires chez les hémi-hyperesthésiques *droits*, suivant les descriptions de Molle. Nous ne nous attarderons pas davantage sur l'interprétation de ces faits, nous réservant d'y revenir ultérieurement.

OBSERVATION XIV (Personnelle)

F... Joachim, pavillon n° 18, lit n° 15, d'origine espagnole, âgé de 27 ans, exerçant la profession de maçon, malade depuis 4 ans environ. Fait un premier séjour à l'hôpital dans le courant de janvier 1912. Le résultat de l'examen à cette époque est le suivant :

Signes stéthoscopiques. — *Sommet droit.* — Légère submatité sous la clavicule ; on y observe également légère exagération des vibrations ; à l'auscultation, obscurité respiratoire et quelques craquements secs.

Sommet gauche. — Infiltration généralisée à la totalité du sommet ; il est impossible de déceler une région en avant ou en arrière au niveau de laquelle les lésions paraissent être plus anciennes.

Phénomènes nerveux. — Hémi-hyperesthésie parfaitement localisée à *droite,* même au niveau du trapèze droit ; toutefois, le malade affirme ne pouvoir reposer pendant son sommeil que sur le côté *droit.* Il y aurait donc une dissociation entre le siège de l'hémi-hyperesthésie et le choix habituel du côté normal pour le decubitus, le malade, en la circonstance, dormant sur son côté hyperesthésié.

Le malade sort du service les premiers jours de février et y revient le 15 mars 1912 ; à ce moment, son examen donne les résultats suivants :

Signes stéthoscopiques. — *Sommet droit.* — Il subsiste au niveau de la fosse sous-claviculaire des traces du foyer constaté il y a trois mois, mais on ne constate plus ni craquements, ni exagération des vibrations, simplement submatité et obscurité respiratoire. Rien sous l'aisselle, mais en revanche nouveau foyer congestif au niveau des fosses sus et sous-épineuses, se traduisant par respiration soufflante, exagération des vibrations, matité, bouffées de râles secs. Il existe donc au niveau de ce sommet deux foyers distincts

l'un de l'autre, séparés par une zone de tissu pulmonaire sain, appréciable sous l'aisselle.

Sommet gauche. — L'infiltration diffuse persiste, mais sans aggravation notable.

Phénomènes nerveux. — Il s'est produit une transposition presque complète des troubles d'hémi-hyperestésie qui siègent actuellement au niveau du côté *gauche* du corps ; le *décubitus* est toujours à *droite*, en concordance maintenant avec le siège de l'hémi-hyperesthésie du côté opposé. Il ne subsiste de la localisation antérieure que la zone fessière droite qui présente encore une douleur beaucoup plus marquée que la gauche ; mais le pneumogastrique gauche et le testicule gauche sont le siège de phénomènes douloureux et réflexes très intenses ; un simple contact, un effleurement même déterminent une toux très violente, amenant presque à l'instant le vomissement.

Remarque. — Il est à retenir que c'est précisément chez les sujets où les réactions sont les plus accusées que les phénomènes de transfert se produisent avec le plus de facilité ; c'était le cas de notre malade de l'Observation XIII, chez laquelle l'exploration des masses musculaires et des zones hyperesthésiées déterminait des troubles réactionnels intenses.

Comme dans l'Observation XIII, nous devons remarquer qu'il s'est produit au niveau de l'un des sommets deux foyers autonomes, l'un antérieur, l'autre postérieur, dont la date d'apparition correspond à celle des modifications de l'hémi-hyperesthésie, en même temps que le siège de ces foyers concorde avec la localisation de cette hyperesthésie.

Notons, enfin, que le manque de concordance signalé lors du premier examen du malade de cette Observation entre le siège de l'hémi-hyperesthésie et le côté où le *décubitus* était pris pour le sommeil devait à lui seul attirer l'attention sur la probabilité d'un déplacement possible du siège des troubles nerveux ; c'est un

fait d'observation, en effet, que lorsque les phénomènes d'hyperesthésie présentent des anomalies de cette nature, on doive prévoir l'éventualité d'un transfert possible.

OBSERVATION XV (Personnelle)

P... Francisco, pavillon 18, lit n° 17, d'origine espagnole, âgé de 30 ans, malade depuis 2 ans environ. L'affection actuelle a débuté par une hémoptysie considérable ; alcoolisme averré. Examiné pour la première fois le 6 février 1912.

Signes stéthoscopiques. — *Sommet droit.* — Double foyer congestif l'un en avant, l'autre en arrière ; il existe très clairement une zone pulmonaire dans le creux axillaire où le souffle, la matité et l'exagération des vibrations est moins accusée que dans les autres parties du sommet, ce qui justifie l'appréciation de l'autonomie des deux foyers signalés ci-dessous.

Sommet gauche. — Infiltration totale du sommet, mais plus accusée en avant sous la clavicule où l'on constate souffle assez intense, craquements humides, etc., par des signes contraires.

Troubles nerveux. — L'hémi-hyperesthésie siège à droite, sauf pour le pneumogastrique et le testicule gauches qui sont très nettement hyperesthésiés. Il y a donc une dissociation très nette ; cette dissociation persiste en ce qui concerne le choix du côté pour le décubitus en cours du sommeil, le malade affirmant ne pouvoir reposer normalement que sur son côté *droit.*

Le 12 février, le malade présente l'accident suivant : il a été pris au milieu de la nuit d'une hémorragie rectale qui semble avoir été très abondante ; il est pâle, exangue et dans un état syncopal : traitement approprié de cette complication qui paraît due à la rupture spontanée de volumineuses hémorrhoïdes internes.

Le 13 février, amélioration relative, le malade est examiné à nouveau ; on constate ce qui suit :

Signe stéthoscopique. — Aucune modification.

Troubles nerveux. — Transfert total de l'hémi-hyperesthésie de droite à gauche. Ce phénomène semble incontestablement être la suite de l'hémorragie présentée par le malade.

OBSERVATION XVI (Personnelle)

B... Sylvain, pavillon n° 18, lit n° 6, d'origine française. — L'affection actuelle a débuté il y a environ un an par une hémoptysie.

Examiné le 6 février 1912, on constate ce qui suit :

Signes stéthoscopiques. — *Sommet droit.* — On perçoit des signes cavitaires dans toute l'étendue du sommet ; il semble toutefois que le gargouillement soit mieux perçu en arrière qu'en avant ; il n'en est pas moins vrai que, même dans la fosse sous-claviculaire, ces signes spéciaux sont parfaitement perceptibles. Il en est de même sous l'aisselle.

Sommet gauche. — On ne trouve d'anormal qu'une submatité légère et diminution du murmure vésiculaire sous la clavicule ; partout ailleurs, respiration normale.

Troubles nerveux. — Le malade affirme dormir plus volontiers à *droite* qu'à gauche ; c'était chez lui une habitude bien antérieure à sa maladie. Il déclare, en outre, n'avoir jamais été traité par des pointes de feu, vésicatoires, ou application de teinture d'iode. Il présente une hémi-hyperesthésie neuro-musculaire parfaitement organisée à *gauche* avec croisement au niveau du trapèze droit, disposition tout à fait analogue à celle que Molle a décrite, comme nous le savons, au début de la tuberculose. On constate, en outre, une particularité qu'il est bon de signaler : si nous nous en référons à la distribution de l'hémi-hyperesthésie,

nous savons que le grand pectoral gauche de ce malade devait être plus douloureux à l'exploration que son congénère de droite, ce qui avait lieu en effet. Mais si l'exploration des deux fosses sous-claviculaires était pratiquée en glissant le doigt sous les fibres du muscle de façon à ce que la paroi costale seule subisse le contact de la main, on constatait que la douleur déterminée était beaucoup moins vive à gauche qu'à droite, siège des lésions pulmonaires si avancées décrites plus haut.

Remarque. — La dernière particularité signalée dans cette observation nous paraît devoir attirer l'attention. En effet, le fait d'une dissociation possible entre les localisations douloureuses de la cage thoracique proprement dite, d'une part, et celles de son revêtement musculaire, de l'autre, implique bien la nécessité de ne procéder à ce genre d'exploration qu'avec certaines précautions. Il est clair, en effet, que l'observateur qui, pour explorer le grand pectoral, par exemple, se contenterait de presser les fibres de ce muscle entre la pulpe de l'index et le squelette sous-jacent, risquerait fort de ne recueillir que des renseignements parfaitement erronés. Ce n'est donc pas sans utilité que certains procédés d'examen ont été parfois longuement décrits par les auteurs et nous n'avons pas hésité à les reproduire minutieusement au début de ce travail [**43**].

Nous en avons terminé avec nos observations. Aussi bien, n'avons-nous retenu que celles qui nous ont paru les plus caractéristiques et qui comportent les types les plus fréquemment observés ; il nous reste, toutefois, à rapporter les résultats de deux autopsies dont l'une provient du service et l'autre nous a été communiquée par le Dr Molle. Ces deux autopsies ont été pratiquées sur des sujets dont le décès était dû à une affection autre que la tuberculose, mais qui avaient présenté au cours de leur existence des localisations pulmonaires dont ils avaient guéri.

Nous y ajouterons, enfin, deux observations tirées d'un mémoire récent du même auteur [42], lesquelles sont accompagnées d'autopsies.

OBSERVATION XVII

(Prise antérieurement dans le service)

José X..., 60 ans, décédé à l'hôpital civil d'Oran en octobre 1908. (Autopsie pratiquée sous la direction du Dr Molle pendant une suppléance faite dans le service du Dr Souleyre.)

Cause de la mort : septicemie généralisée, ayant eu pour point de départ une parotidite suppurée.

Examen des poumons. — *Poumon gauche.* — Deux gros tubercules du volume d'une noisette, à consistance cretacée, siègent très exactement au niveau de la *face antérieure* du lobe supérieur, tiers moyen ; le restant du sommet est sain, pas d'adhérences pleurales ; congestion hypostatique des bases.

Poumon droit. — Un gros tubercule cicatrisé siège au niveau de la scissure interlobaire, à la base du lobe supérieur et à sa partie *postéro-interne.* Ce malade pratiquait le décubitus latéral *droit.* Rien à noter au niveau des autres organes.

OBSERVATION XVIII

(Communiquée par le Dr Molle)

Jean X..., jeune soldat, décédé à l'hôpital militaire d'Oran en octobre 1906 des suites d'une fièvre typhoïde. Autopsie pratiquée en présence de M. le Major de 1re classe Niclot, chef de service. Lésions habituelles de la dothiémentérie.

Examen des poumons. — *Poumon gauche.* — Trois tubercules crétacés, chacun de la grosseur d'un grain de blé situés sur la partie la *plus antérieure* du lobe supérieur.

Rien à noter dans le reste de ce lobe supérieur, congestion hypostatique du lobe inférieur avec teinte hortensia.

Poumon droit. — Adhérences assez intimes sur une surface de la largeur de la paume de la main et siégeant très exactement sur le *bord postérieur* du lobe supérieur au niveau de la fosse sus-épineuse.

Rien de particulier à noter pour les autres organes. M. le Médecin Major de 1re classe Niclot nous avait très obligeamment fourni quelques renseignements sur les antécédents pathologiques de ce jeune soldat : dix à douze mois auparavant, il avait fait un séjour de quelques semaines à l'hôpital militaire et à ce moment avait été soigné pour de la bronchite des sommets ; son observation ne fut pas prise. D'autre part, il ne tardait pas à s'améliorer et à rejoindre son corps.

Personnellement, nous avons pu assister à une partie de l'évolution de la fièvre typhoïde de ce malade et nous avons noté très nettement le décubitus latéral habituel sur le côté *droit*. Il n'avait pu être procédé à l'examen des phénomènes hyperesthésiques.

OBSERVATION XIX

(Tirée d'un travail du Dr Molle [42])

Mengual, Marie, âgée de 18 ans, célibataire, domiciliée à Aïn-el-Turck.

Antécédents. — Cette malade avait toujours joui d'une bonne santé. Son père est mort il y a quelques mois à la suite d'une tuberculose pulmonaire ; et elle est restée avec sa mère et quatre frères ou sœurs en proie à la misère, logée dans un logement étroit et mal aéré ; elle tousse et a maigri depuis plusieurs semaines.

Entrée à l'hôpital d'Oran et hospitalisée dans le pavillon des tuberculeux, le 28 juin 1909, elle fut observée par nous, pour la première fois, vers le 1er octobre 1909.

1er octobre 1909. Voici quels étaient à cette date les symptômes présentés par cette malade :

L'état général était mauvais. Amaigrissement, inappétence, hecticité.

Signes stéthoscopiques. — *Sommet gauche.* — Infiltration de la totalité du sommet ; toutefois, les lésions paraissent plus avancées dans la fosse sous-claviculaire où des symptômes de fonte sont très appréciables, matité, craquements humides, respiration soufflante ; tandis qu'en arrière, il n'existe que de la submatité, légère exagération des vibrations et obscurité respiratoire ; on peut suivre sous l'aisselle ces divers signes et constater leur atténuation d'avant en arrière.

Sommet droit. — Il existe de la matité seulement en arrière, dans les fosses sus et sous-épineuses, avec vibrations thoraciques exagérées ; à l'auscultation, on constate respiration soufflante, légère bronchophonie, obscurité et râles confluents dans les mêmes régions ; sous l'aisselle ces bruits anormaux s'atténuent et, au niveau de la fosse sus-claviculaire, le murmure visiculaire est à peu près normal.

Troubles nerveux. — La malade choisit régulièrement son côté *droit* pour prendre son sommeil, et elle affirme avoir toujours eu l'habitude d'agir ainsi.

Hyperesthésie générale des muscles. — Les pectoraux du côté *gauche* sont nettement hyperesthésiés sur toute leur suface, surtout relativement à ceux du côté droit.

Le phénomène inverse s'observe au niveau des trapèzes ; le bord supérieur du trapèze *droit* pincé isolément réagit douloureusement beaucoup plus à *droite* qu'à gauche.

Hyperesthésie musculaire au lieu d'élection. — Les zones *rachidiennes, fessières* et *abdominales* sont très nettement hyperesthésiées à *gauche.*

Le pneumogastrique *gauche* est également plus douloureux à la pression que le droit.

La malade alla en se cachectisant progressivement

et mourut le 17 janvier 1910 ; les lésions avaient évolué autour des foyers libatéraux, gauche antérieur et droit postérieur, conservant au niveau des dits foyers leur maximum d'importance, de telle sorte qu'on pouvait, quelques jours avant la mort, constater l'existence d'une énorme caverne sous la clavicule *gauche* et une infiltration purulente de la presque totalité du poumon correspondant, tandis que, du côté *droit,* il existait des signes cavitaires dans les fosses sus et sous-épineuses, la fosse sous-claviculaire présentant à peine quelques craquements secs ; les lésions étaient d'ailleurs moins étendues à droite qu'à gauche.

Autopsie. — Elle fut pratiquée le 18 janvier, lendemain du décès ; nous ne décrirons que l'état des poumons.

Poumon gauche. — Adhérences pleurales très étendues ; elles sont tellement intimes dans la fosse sous-claviculaire que l'on est obligé de déchirer le tissu pulmonaire pour pouvoir extraire l'organe ; sur une coupe antéro-postérieure et dans le sens vertical, on constate qu'il existe deux énormes cavités et une série de cavernules dans la partie antérieure du lobe supérieur ; le reste du poumon est infiltré, en pleine fonte ; il ne reste qu'une légère bande à peu près saine, à la base, en arrière et en dedans ; cette zone présente de l'emphysème.

Poumon droit. — Il existe également des adhérences étendues, mais moins accusées qu'à gauche ; elles sont surtout marquées en haut et en arrière où quelques parcelles de tissu pulmonaire restent adhérentes à la plèvre thoracique ; on constate à ce niveau, c'est-à-dire dans les fosses sus et sous-épineuses, une série de cavernules ; sur une coupe antéro-postérieure et verticale, on peut voir que le tissu inférieur seulement du poumon est perméable et présente de l'emphysème, alors que le restant est infiltré, le degré d'infiltration s'atténuant à mesure que l'on s'éloigne du foyer postéro-supérieur initial.

OBSERVATION XX

(Même origine que la précédente [42])

Botella, Maria, veuve Mengual, âgée de 42 ans, domiciliée à Aïn-el-Turck, mère de la précédente malade ; restée veuve depuis quelques mois, elle vivait dans la misère avec ses quatre enfants.

Entrée à l'hôpital le 28 juin 1909, est examinée pour la première fois le 1er octobre 1909.

Elle présente exactement les mêmes localisations pulmonaires et la même distribution des troubles nerveux que sa fille, au point que son observation peut exactement se calquer sur celle de cette dernière.

Elle meurt le 2 février 1910, et son autopsie permet de reconnaître des lésions pulmonaires en tout point semblables à celles qui ont été relatées dans la précédente observation, c'est-à-dire, au poumon *gauche,* lésions d'autant plus avancées qu'elles sont plus rapprochées de la région antéro-postérieure et, au poumon *droit,* lésions d'autant plus avancées qu'elles sont plus rapprochées de la région postéro-supérieure ; ce même poumon présente également une zone relativement perméable plus considérable que du côté opposé.

Comme on le voit dans ces quatre cas, les lésions, quelle que fut leur importance, affectaient une disposition croisée parfaite.

Nous reconnaissons volontiers qu'un si petit nombre d'autopsies ne signifie pas grand chose relativement à la fréquence possible de pareille disposition ; mais, d'une part, les autopsies de bacillaires ayant succombé en pleine cachexie ne permettent que très rarement de se rendre compte de ces particularités. Nous avons bien spécifié, en effet, que les lésions croisées étaient surtout appréciables dans la période de début de la bacillose et que cette disposition devenait de moins

en moins apparente avec le progrès de la maladie. D'autre part, ce genre de recherches nous paraît avoir été totalement négligé par la plupart des auteurs ; c'est ainsi, par exemple, qu'ayant parcouru avec soin les 163 protocoles d'autopsie cités dans la thèse de Trouvé [**23**], autopsies où sont relatées des lésions pulmonaires guéries découvertes sur des sujets ayant succombé à des affections quelconques, nous sommes arrivés aux résultats suivants : dans 129 cas, les lésions étaient bilatérales, et dans 34 cas seulement, un seul poumon était atteint. Dans cette seconde catégorie, 20 fois le poumon droit seul était lésé et 14 fois le poumon gauche. Enfin, parmi ces 163 relations d'autopsies, nous ne trouvons signalée que 24 fois la situation antérieure ou postérieure des lésions décrites, et dans ces 24 derniers cas, trois fois seulement cette situation antérieure ou postérieure était spécifiée pour les deux poumons à la fois.

Nous jugeons intéressant de reproduire le texte qui relate ces particularités :

Observation XLI ([**23**], p. 51)... Le *poumon droit* emphysémateux est légèrement congestionné à la partie *postérieure* de son lobe inférieur ; cicatrices au sommet dans lequel on rencontre un grand nombre de tubercules crétacés...

Le *poumon gauche* présente quelques adhérences de la plèvre médiastine ; le long du *bord antérieur* et au sommet de l'organe, on trouve un grand nombre de tubercules crétacés...

Observation XLI ([**23**], p. 61)... *Poumon droit.* — Au sommet *en arrière,* à 3 centimètres, on trouve un vieux noyau caséeux gros comme un pois...

Poumon gauche. — Emphysème considérable de la languette *antérieure* avec œdème énorme du sommet...

Observation LXVIII ([**23**], p. 64). — *Poumon droit.* — Emphysème du lobe supérieur, adhérences anciennes à la *partie postérieure* de ce lobe...

Le *poumon gauche* présente également des adhérences étendues à son bord *postérieur*...

Ainsi, sur ces trois cas, deux fois les lésions étaient croisées ; dans le dernier cas, les lésions siégeaient des deux côtés en arrière, mais étaient constituées seulement par d'anciennes adhérences.

Mais la description qui, à ce point de vue de la *répartition* des lésions, nous paraît comporter le plus d'intérêt, car elle se rapproche des conceptions de Molle, c'est celle qu'un auteur anglais Fowler [46] a présentée, il y a près de trente ans. Voici le résumé qu'en donne Piery [47], dans son remarquable ouvrage « La Tuberculose pulmonaire », en faisant remarquer que Tripier [48] en a reconnu la parfaite exactitude :

Le premier foyer de la phtisie chronique débute toujours à l'un des sommets du poumon...

Le plus souvent, la lésion initiale est située... en un point surtout voisin de la *face postérieure* du poumon. Aussi l'examen de la *fosse sus-épineuse* donnera-t-il souvent des signes stéthoscopiques nets, alors qu'en avant on n'obtiendra que des signes douteux...

Fowler signale une seconde localisation de début, un peu moins fréquente : c'est en un point situé à la *face antéro-externe* du lobe supérieur du poumon... » ([47], p. 427).

Nous nous en tiendrons là concernant ces données si remarquables ; cette fréquence du croisement des lésions dans la tuberculose au début n'est pas une utopie. Nous nous réservons d'ailleurs d'exposer dans le chapitre qui va suivre les raisons théoriques et pathogéniques qui nous font attacher une pareille importance à l'étude de ces particularités.

CHAPITRE III

Considérations pathogéniques

Au cours de ce chapitre, nous relaterons tout d'abord, aussi exactement qu'il nous sera possible, les opinions diverses exprimées par les auteurs ; puis, après discussion générale de ces interprétations pathogéniques, nous essayerons d'en tirer des conclusions pratiques tant au point de vue du diagnostic précoce, du pronostic que du traitement de la tuberculose pulmonaire.

Voici de quelle façon Weill envisage le mécanisme des phénomènes que nous venons d'étudier :

« On ne peut, dit-il ([1], p. 473), rapporter ces phénomènes qu'à un trouble dans la fonction des centres nerveux et, en particulier, de l'encéphale. Aucune affection périphérique portant sur les nerfs, les muscles, les vaisseaux ne peut expliquer la distribution presque toujours unilatérale, des troubles nerveux, leur apparence systématique... Mais, si l'on peut admettre que les troubles nerveux observés chez les tuberculeux sont de nature hystérique, ou, pour être plus stricts, hystériformes, il faut reconnaître aussi qu'ils revêtent un type particulier : c'est toujours l'hyperesthésie profonde, et, en particulier, l'hyperesthésie musculaire qui domine le tableau symptomatique.

... Dans l'hystérie classique, l'hyperesthésie musculaire, loin d'être un symptôme constant, prédominant, est de moindre importance que les troubles de la sensibilité cutanée qui occupent le premier rang.

D'autre part, il s'agit plus souvent dans l'hystérie d'anesthésie que d'hyperesthésie...

Jamais nous n'avons observé chez nos tuberculeux, ni phénomènes paroxitiques, ni crises convulsives. Ils sont réfractaires à l'hypnotisme et à la suggestion. Leur état mental ne rappelle en rien celui des hystériques avérés...

Il semble qu'il s'agisse d'une hystérie *spéciale* limitée dans ses manifestations, réduite comme expression à quelques stigmates de forme anormale et incapable d'évoluer à la façon de l'hystérie classique... On peut se demander si, en rapportant les manifestations que nous avons décrites, à l'hystérie on n'élargit pas trop le domaine de cette dernière...

D'autre part, quoi d'étonnant que la tuberculose pulmonaire modifie le fonctionnement des centres nerveux, quand tous les jours on nous présente des exemples d'association de l'hystérie avec les maladies les plus diverses...

Depuis longtemps, Charcot a soutenu que les lésions du système nerveux se doublent d'actions à distance, que les cellules ou les fibres irritées par la sclérose ou l'inflammation déterminent dans les régions centrales indemnes, des modifications fonctionnelles aboutissant à l'état hystérique... On comprend, dès lors, qu'une affection comme la tuberculose pulmonaire puisse impressionner à son tour les centres nerveux... Il est possible aussi que les excitations parties du poumon atteignent de préférence les centres nerveux qui président à la sensibilité des parties profondes, muscles en particulier... »

Et le clinicien lyonnais de conclure : « Ces phénomènes nerveux ne dépendent donc, ni d'une action du bacille tuberculeux sur les centres nerveux, ni d'une intoxication d'origine microbienne ; ils relèvent vraisemblablement d'une irritation centripète dont le point de départ serait dans les nerfs sensitifs des bronches et des poumons. » ([1], p. 491).

Des considérations pathogéniques de nature à peu près identiques furent également soutenues par Jeanselme ([**24**], p. 594), à l'occasion de la présentation à la Société des Hôpitaux de Paris, en 1898, d'un cas d'hémi-hyperesthésie neuro-musculaire *droite* observé sur une femme atteinte de pleurésie tuberculeuse *droite* avec épanchement : « J'incline à penser, disait Jeanselme, que cette localisation est subordonnée à une lésion pulmonaire cantonnée au côté *droit* ». Et Jeanselme conclut à la nature hystérique de ces troubles nerveux, tout en faisant quelques réserves : « Mais, je me garderais bien d'affirmer, dit-il, que cette névrose est l'unique cause du syndrome curieux que je viens d'étudier... ».

Jacquet crut aussi, au début de ses recherches, à la nature hystérique de ces troubles sensitifs. Commentant l'observation d'un malade atteint d'hémi-hyperesthésie profonde avec hémi-paresie et hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle du même côté *gauche,* il disait : « On ne saurait admettre la nature hystérique de ces faits, sans faire remarquer que l'état de la sensibilité cutanée est précisément l'inverse de ce que l'on voit dans l'immense majorité des faits de ce genre. Et cependant, je ne connais pas, pour ma part, d'autre supposition admissible. » ([**25**], p. 1170).

Mais, plus tard, il abandonna cette manière de voir. En 1899, communiquant l'histoire d'un malade dont l'hyperesthésie neuro-musculaire *gauche* s'était transférée à *droite* à la suite d'une orchite du même côté, il disait : « Contrairement à la tendance de Weill, à la mienne propre et à celle de Jeanselme, je suis médiocrement porté aujourd'hui à admettre la nature hystérique de ces troubles nerveux ; et bien plutôt, les faits analogues dits *hystériques* me semblent appelés, peut-être, à subir un changement d'interprétation... »

Gilles de la Tourette, lui, préféra invoquer l'hystérie.

Et Jacquet de répondre : « Ce qui, dans le cas que j'étudie en ce moment, me paraît essentiel, c'est le

déplacement du syndrome hyperesthésique sous l'influence d'une irritation récente. Or, cela se superpose exactement aux faits *physiologiques* trouvés par Brown-Sequard... » ([4], p. 452).

« L'interprétation des phénomènes hystériques, dit Lebar ([13], p. 82), est, en effet, pleine encore de vague et d'obscurité. Invoquer, comme Weill, une hystérie *spéciale,* c'est épaissir cette obscurité et reculer les limites de notre ignorance. On a trop de tendance en médecine, quand un phénomène est peu clair, à faire appel à l'hystérie. C'est une solution commode, mais insuffisante... »

Considérons, d'autre part, ajoute cet auteur, les notions les plus récentes sur l'interprétation des phénomènes hystériques, notions dues à Babinski et voyons si elles peuvent nous fournir la solution du problème.

Babinski propose la définition suivante : « L'hystérie est un état psychique rendant le sujet qui s'y trouve, capable de s'auto-suggestionner. Elle se manifeste principalement par des troubles primitifs et accessoirement par des troubles secondaires.

» Ce qui caractérise les troubles primitifs, c'est qu'il est possible de les reproduire par la *suggestion* avec une exactitude rigoureuse chez certains sujets et de les faire disparaître sous l'influence exclusive de la *persuasion.*

» Ce qui caractérise les troubles secondaires, c'est qu'ils sont étroitement subordonnés à des troubles primitifs. » Et plus loin, il conclut : « Mais si l'on continue à appeler hystériques ces troubles dont la propriété essentielle est leur dépendance intime de la suggestion et de la persuasion, il est logique de refuser cette épithète à des manifestations qui n'ont pas cet attribut. Il est logique, en effet, de ne pas désigner par un même mot deux choses profondément différentes. »

La série des accidents nerveux que nous avons étudiés, conclut Lebar, entrent-ils dans la définition

de l'hystérie, telle que la conçoit Babinski ? Non, évidemment.

Donc, qu'on s'en tienne à la conception générale et si vague de l'hystérie ou qu'on adopte la doctrine limitative de Babinski, nous sommes en dehors du domaine hystérique.

Mais alors, à quelle interprétation devons-nous avoir recours ? Pour Jacquet, ces phénomènes nerveux se superposent admirablement aux expériences trop oubliées de Brown-Sequard sur les animaux. Ils sont dans le domaine clinique la confirmation entière et complète de ces expériences.

Nous n'insisterons pas sur les détails de ces recherches expérimentales qu'il est facile de retrouver dans les nombreux écrits du Maître [**26**]. Contentons-nous d'en citer les conclusions que voici :

« 1° Une irritation quelconque du système nerveux exalte la sensibilité du même côté, l'abaisse de l'autre; une irritation ultérieure, *tire à elle* l'hyperesthésie ;

» 2° Il n'est guère possible d'irriter une partie sensible de l'organisme sans modifier plus ou moins complètement l'équilibre dynamique de la presque totalité du système nerveux... »

Nous pouvons dire, conclut Jacquet, que l'observation clinique, la clinique expérimentale, la thérapeutique et l'expérimentation proprement dite, se superposent admirablement et harmonieusement pour nous montrer l'étroite relation de tous ces phénomènes nerveux, avec une lésion ou une irritation, et nous conduisent à admettre cette proposition fondamentale : toute excitation, surtout quand elle se produit en certaines conditions de brusquerie et de violence, exalte la *sensibilité.*

Il paraît donc logique de conclure que c'est l'excitation des filets nerveux pulmonaires et surtout, d'après Jacquet, celle des *ganglions sympathiques,* qui provoque les troubles sensitifs unilatéraux, étudiés pour la première fois par Weill chez les tuberculeux.

Nous en avons fini avec l'exposé général des théories pathogéniques défendues par Jacquet et ses élèves. Examinons maintenant de quelle façon Molle conçoit le mécanisme des phénomènes qui nous intéressent.

Ce que nous avons déjà exposé des conceptions de cet auteur, nous permet, tout d'abord, de reconnaître qu'il existe deux divergences fondamentales entre ses prédécesseurs et lui.

La première réside, comme nous l'avons fait déjà remarquer, dans la nature propre des phénomènes décrits. Alors que Weill et Jacquet n'avaient en vue que les troubles douloureux siégeant dans la totalité d'un muscle donné, ou du moins sur une fraction importante de sa masse, Molle n'a recherché ce genre d'hyperesthésie que sur deux muscles principaux : le trapèze et le grand pectoral ; mais, en revanche, il a insisté d'une façon toute particulière sur d'autres modalités de perturbations de la sensibilité. Dans ces cas, nous le savons, les troubles douloureux ne siégent qu'au niveau de certains lieux d'élection de la surface du muscle, véritables *zones d'hyperesthésie,* très analogues, soit par leur siège, soit par leurs réactions, à celles que l'on rencontre dans l'hytérie, mais dont l'exploration ne détermine la plupart du temps que des troubles simplement locaux et dans de très rares circonstances, un retentissement paroxitique, une ébauche de spasme, excessivement atténués. L'existence de ces zones, dont la distribution est systématisée à l'un des côtés du corps, a pour corollaire habituel le signe du *décubitus latéral de prédilection,* lequel consiste, comme nous l'avons vu, dans le fait que les malades porteurs de ces troubles de la sensibilité, redoutent de se coucher pour le sommeil sur leur côté hyperesthésié.

Or, et c'est là le deuxième point où les conceptions de Molle s'écartent totalement de celles des autres auteurs, alors que les troubles d'hyperesthésies, lorsqu'ils sont généralisés à la totalité d'un muscle, sont

presque toujours consécutifs à une lésion irritative préalable ; les troubles de la sensibilité distribués en zones d'hyperesthésie semblent, au contraire, préexister à toute cause d'irritation. Ils présentent, en effet, un caractère héréditaire et familial. (Voir Observation II et [42]) : Ils sont décelables sur une certaine quantité d'individus relativement sains [6]. Enfin, ils existent très marqués au cours de certains états pathologiques de nature diathésique et en particulier chez les variqueux [10].

Devant ces faits, Molle a émis l'hypothèse que la distribution de l'hémi-hyperesthésie, telle qu'il l'a envisagée, constitue comme le témoignage de l'existence d'une hémi-hypotrophie sous-jacente. De telle sorte que l'on peut dire que, nativement, il existe chez la grande généralité des individus un déséquilibre préétabli entre la résistance trophique de l'un ou l'autre côté du corps, le sens de ce déséquilibre variant suivant les sujets ; et que, par conséquent, chaque tuberculeux, par exemple, suivant le sens de son orientation nerveuse, verra ses lésions se localiser suivant un plan pour ainsi dire préalablement tracé.

Ceci nous amène à exposer de quelle façon sont expliquées les lésions bilatérales et croisées sur lesquelles nous avons particulièrement insisté et que l'on sait être si fréquentes dans la tuberculose pulmonaire.

Il est utile pour nous faire comprendre de rappeler quelques principes de la physiologie du poumon.

On sait le rôle actuellement attribué à la trophicité des tissus dans leur résistance à l'infection ; or, il semble à peu près démontré, que ce sont les pneumogastriques qui président à la trophicité du territoire broncho-pulmonaire : ce sont ces nerfs qui, d'après Meunier ([27], p. 22), « tiennent sous leur dépendance l'irrigation de la muqueuse trachéo-bronchite, c'est-à-dire *du champ de bataille où se décide l'infection broncho-pulmonaire* ».

En outre, il est reconnu que les filets des vagues

subissent un entrecroisement au niveau des plexus pulmonaires, de telle sorte, par exemple, que le pneumogastrique gauche distribue ses éléments nerveux à la fois aux deux poumons. Rappelons également que, d'après Vulpian [28], la section d'un seul pneumogastrique entraîne souvent des lésions dans les deux poumons.

Il paraît donc tout naturel d'admettre que, si l'un des deux vagues est inférieur en résistance à son congénaire, cette infériorité devra, suivant les rameaux de ce nerf qui auraient subi une décussation médiane, pénétrer dans le territoire pulmonaire opposé.

Cette conception purement théorique trouverait une sanction indiscutable si, à la suite d'expériences physiologiques, il était reconnu que la distribution des filets des vagues de chaque côté affecte bien la distribution croisée que Molle a cru pouvoir assigner cliniquement aux lésions de début de la bacillose.

Cet auteur va plus loin : « Ne pourrait-on trouver, enfin, dit-il [7], dans cette distribution spéciale des nerfs conducteurs de la trophicité broncho-pulmonaire, une pathogénie enfin acceptable de la première loi de Louis ? Les zones où les lésions initiales de la phtisie apparaissent avec une si remarquable régularité, ne seraient-elles pas précisément celles irriguées par un réseau tropho-neurotique moins riche, ou tout au moins par des filets nerveux provenant exclusivement d'un seul des deux vagues, alors que le reste du territoire pulmonaire, tirant son innervation trophique d'une double origine, trouverait dans cette collaboration des deux nerfs une compensation assurée, lors de la lutte contre l'infection, aux défaillances de l'un d'eux. »

Il est facile, certes, de reprocher à ces conceptions leur caractère par trop hypothétique. Aucune recherche anatomique, aucune expérience physiologique ne permettent jusqu'à présent d'affirmer que la distribution intra-pulmonaire des filets des vagues est telle que le suppose le clinicien oranais.

Mais, d'autre part, il est évident que cette façon d'envisager les choses n'est pas totalement dénuée de vraisemblance. A quoi aboutissent ces recherches, sinon à la confirmation de l'influence prépondérante de la notion du *terrain* dans l'étiologie de la tuberculose pulmonaire ? Et ne peut-on les considérer comme un pas fait en avant dans l'analyse intime de toute une série de phénomènes biologiques encore très mal connus ?

Il est banal de reconnaître, en effet, que le problème étiologique de la bacillose, et, en particulier, de sa localisation aux sommets, est encore entouré d'obscurité, et c'est une grosse erreur de croire que dans l'espèce humaine tout se passe, en fait d'infection tuberculeuse, comme on l'observe chez les animaux de laboratoire artificiellement tuberculisés.

Nœgeli, cité par Chelminski [**29**], a trouvé le bacille de Koch dans les glandes lymphatiques des cadavres de 18 à 26 ans dans la proportion de 95 %, de 26 à 40 ans dans la proportion de 97 %, et après 40 ans dans celle de 100 % : « Les facteurs qui favorisent le développement de l'infection, conclut l'auteur que nous citons, facteurs que nous appelons *prédisposition,* sont donc tout. »

Malgré les énormes progrès accomplis en ces dernières années, dit Trouvé ([**23**], p. 147), de son côté, nous ignorons toujours pourquoi l'un se tuberculise vite, tel autre lentement, tel autre pas du tout... ». Et il cite les paroles de Révillod, dans son rapport au Congrès de Médecine de Montpellier : « Ne se tuberculise pas qui veut, autant d'individus, autant de sujets différents les uns des autres... » [**30**].

Qui ne connaît l'aphorisme de Trousseau ? « Semez sur le roc, vous n'aurez pas de récolte ; semez sur le terreau, vous en aurez une abondante... » [**31**].

Dans un ordre d'idées plus moderne, et en s'appuyant sur des faits expérimentaux, certains auteurs ont été amenés à reconnaître encore plus explicitement cette

influence prépondérante du terrain dans l'étiologie de la tuberculose. Qu'il nous soit permis de signaler, à ce sujet, deux de ces travaux qui ont été publiés à l'occasion du Congrès de la tuberculose de Paris et qui mettent plus nettement en lumières ces particularités.

Lortat Jacob et G. Vitry [**32**], après avoir signalé le rôle de la compression du pneumogastrique par un ganglion dans l'évolution de lésions pulmonaires reconnues à l'autopsie d'un nourrisson, ont ajouté les réflexions suivantes : « Les raisons de l'évolution du processus tuberculeux vers la cicatrisation, vers le tissu fibreux ou vers la caséification, sont encore incomplètement connues et la clinique comme l'expérimentation apportent chaque jour des données permettant de tenir pour multiples les facteurs qui peuvent influencer cette évolution...

» A côté de la virulence du germe, de sa qualité chimique, de ses réactions biologiques, l'état général de l'individu intervient également, mais indépendamment de ces facteurs essentiels, l'expérimentation permet d'apporter dans la résistance locale d'un organe des variations multiples... »

De leur côté, Rodet et Galavielle (de Montpellier), à propos d'une intéressante étude sur le saprophytisme de la tuberculose [**33**], avaient conclu : « Les formes saprophytiques peuvent donc acquérir de la virulence ; d'autre part, la virulence peut être perdue par certaines cultures homogènes de bacilles de Koch, en sorte que ces derniers deviennent tout aussi inoffensifs que les bacilles acido-résistants. La plupart des auteurs, Guiraud, Cautacuzène et Irivesen (de Bukarest), Bering Mongour (de Bordeaux), ont abouti aux mêmes résultats. De ces données se dégage donc une conclusion pratique : « Puisque les bacilles acido-résistants, organismes saprophytes, sont susceptibles d'acquérir la virulence du bacille de Koch, il ne suffit donc pas, pour se préserver de la tuberculose, de détruire les bacilles

tuberculeux. Il faut encore et surtout *modifier les conditions de terrain,* et créer par la salubrité de l'habitation et l'hygiène favorable du sujet, des milieux organiques impropres à la transformation des bacilles acido-résistants en bacilles de Koch. *Le terrain a plus d'importance que le bacille.* C'est là une notion qui, aux origines de la bactériologie, avait été quelque peu reléguée dans l'ombre. Aujourd'hui, et à la faveur d'une expérimentation mieux conduite, elle reprend en médecine son droit de cité, un droit plus solide que jamais et qui s'accorde heureusement avec tous les enseignements de la clinique. »

C'est bien à des conclusions identiques qu'aboutissent les intéressantes recherches de Molle et cet auteur n'a pas manqué de protester contre l'exclusivisme des doctrines microbiennes quand il s'agit de tuberculose humaine : « On redoute, dit-il ([**12**], p. 156), d'employer ces termes génériques d'hypotrophie, de terrain, de diathèse, qui, bien souvent, masquent notre ignorance ; mais, si l'on songe aux résultats obtenus, tout au moins dans le domaine de la phtisiothérapie, par ceux qui, après avoir dédaigneusement écarté les anciennes conceptions, ont cru pouvoir tout expliquer par l'intervention seule du bacille, on est en droit de faire montre aussi à leur égard de quelque septicisme, et de se tourner vers des doctrines plus réconfortantes. A ceux qui regretteraient de voir reprendre ces vieilles formules, qui verraient là comme une sorte de recul, d'arrêt dans le progrès, on pourrait répondre que, sous prétexte de progrès, il ne faut pas s'obstiner à nier l'évidence et que le rôle du médecin consiste avant tout à *observer des malades*... »

Il est une question sur laquelle il nous reste à revenir, c'est celle qui se rapporte aux relations existant entre ces troubles d'hémi-hyperesthésie et l'hystérie. Molle a toujours écarté l'intervention de l'hystérie dans ce genre de phénomènes : « Doit-on prétendre, dit-il ([**6**], p. 72), que l'hémi-hyperesthésie neuro-muscu-

laire, telle que nous l'avons décrite chez nos tuberculeux, soit simplement un trouble hystériforme ?... Pour notre compte, nous ne le pensons pas et s'il nous était permis d'exprimer nettement notre pensée, il nous semblerait, au contraire, que l'hystérie ne soit autre chose qu'une localisation spéciale dans le domaine sensitif et psycho-moteur, d'un état de désiquilibre qui, chez beaucoup d'individus et en particulier chez les tuberculeux, se cantonne plus exclusivement dans le système tropho-neurotique... »

De nombreux auteurs ont d'ailleurs insisté sur les relations qui semblent exister à un point de vue plus général entre la phtisie et l'hystérie.

D'après Gilles de La Tourrette ([**34**], p. 242), il est certain, comme Briquet l'a démontré lui-même, que la phtisie pulmonaire peut faire graduellement cesser, puis faire disparaître tous les phénomènes de l'hystérie ; mais la proposition inverse, l'influence favorable de l'hystérie active sur la disparition ou l'atténuation de la tuberculose, lui semble beaucoup plus difficile à admettre.

Telle n'est pas l'opinion de Largaud (de Montpellier), dont la thèse (1882) est un plaidoyer souvent passionné en faveur de l'influence inhibitoire de l'hystérie sur la tuberculose des poumons [**35**].

Dans une période plus rapprochée, nous trouvons l'opinion suivante émise sur ce sujet par Sabourin [**36**] et qu'il nous semble intéressant de rapporter :

« Il est de notoriété courante, dit cet auteur, que nombre de phtisiques, grands névropathes (9 fois sur 10 ce sont des femmes), portent pendant des années une tuberculose pulmonaire d'intensité variable avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation qui déroute toutes nos connaissances.... Ils semblent jouer avec le bacille comme le chat avec la souris. Cela peut durer fort longtemps et l'on a coutume de dire que, si ces malades ne se guérissent pas toujours, ils enterrent au besoin plusieurs médecins. Il va sans

dire que c'est l'hystérie qui a l'influence prépondérante sur ces tuberculoses à évolution déréglée... »

En résumé, il est des cas dont l'interprétation est sinon impossible du moins très difficile :

« C'est que, malgré la quantité innombrable de travaux sur la phtisie, nous connaissons encore très mal cette navrante maladie et que nous sommes réduits à traiter non pas la tuberculose, mais le tuberculeux, ce qui est différent... » [**36**].

Nous en avons terminé avec l'exposé des idées pathogéniques de Molle concernant la question qui nous occupe. La différence essentielle qui le sépare de Weill et de Jacquet réside, ainsi que nous l'avons fait prévoir, en ce fait que, pour cesd erniers auteurs, l'hémi-hyperesthésie est toujours secondaire, soit à des troubles hystériformes (Weill), soit à une lésion irritative préalable du parenchyme pulmonaire (Jacquet), alors que, pour le premier, l'hémi-hyperesthésie serait superposée dans la plupart des cas à une hémi-hypotrophie sous-jacente.

« L'homme, ajoute le praticien oranais, est un animal *dénaturé* par de longs siècles de civilisation, et cette sorte de déséquilibration dans le dynanisme vital constituerait comme un stigmate de sa dégénérescence ancestrale... » ([**6**], p. 58.)

Mais cette divergence d'opinions ne se traduit pas seulement par des mots, alors que, d'après les conceptions de Weill et de Jacquet, la constatation de ces phénomènes n'aurait qu'une portée purement spéculative ; si nous adoptons les idées de Molle, il nous est permis de tirer de leur observation toute une série de résultats pratiques sur le terrain plus stable de la clinique et de la thérapeutique.

Au point de vue du *diagnostic* précoce de la tuberculose, rappelons d'abord ce fait déjà signalé au cours de ce travail, que l'hyperesthésie du trapèze ou du grand pectoral, quand elle est systématisée, précède

souvent l'apparition des signes stéthoscopiques au niveau des territoires pulmonaires sous-jacents (1).

Citons, enfin, le passage suivant d'un mémoire déjà signalé ([9], p. 549), où cet auteur relate l'importance de l'interrogatoire des malades au point de vue de leur décubitus : « Personnellement, lorsque j'ai à examiner un de ces malades dont on a tout lieu de suspecter les sommets, je ne manque jamais de lui poser l'interrogation : Sur quel côté dormez-vous ?... Une fois en possession de la réponse, je connais à l'avance les régions qui doivent être plus particulièrement explorées. En effet, en s'en référant à ce que nous avons exposé, si, par exemple, le malade a répondu qu'il se couche sur son côté *droit* pour pouvoir prendre un sommeil régulier, c'est au niveau de la fosse sous-claviculaire *gauche* ou dans les fosses sus et sous-épineuses *droites* que l'on est sûr de trouver des signes stéthoscopiques de l'envahissement bacillaire. Si, au contraire, c'est le côté *gauche* qui est choisi pour le sommeil, l'exploration des sommets donnera des résultats positifs, soit à *droite* dans la fosse sous-claviculaire, soit à *gauche* dans les fosses sus et sous-épineuses... »

Au point de vue du *pronostic,* ce même auteur a cru pouvoir tirer les conclusions suivantes :

Après avoir insisté sur la signification des foyers croisés des sommets, il ajoute : « Il est juste de dire que, dans certains cas, on perçoit, dans toute l'étendue des sommets, des foyers diffus qui échappent à la systématisation ; mais nous avons toujours reconnu que ces *foyers n'avaient pas la même fixité que ceux décrits plus haut* et que, au moment des rémissions, ils étaient les premiers à s'effacer, alors *que les autres conservaient obstinément leur vitalité*... » ([6], p. 59).

Et ailleurs, après avoir reconnu que ce sont les

(1) Dans un article relativement récent [49], Sabourin attache une grande importance diagnostique à ce genre d'exploration.

tuberculoses unilatérales qui sont susceptibles d'une plus longue survie et même de guérison, il ajoute [7] que le praticien devra surveiller tout particulièrement, dans les cas de cette nature, le foyer symétrique et croisé du côté encore sain, car, tant que cette région conservera son intégrité, il n'y aura pas lieu de porter un pronostic sombre, du moins à une échéance rapprochée.

Mais, c'est au point de vue du *traitement* que les conceptions que nous venons d'exposer sont susceptibles des plus intéressantes interprétations.

Nous avons signalé à dessein, au cours de ce travail, et principalement dans nos Observations, l'influence considérable que nous paraissait présenter la médication révulsive sur le *transfert* de ces troubles d'hyperesthésie d'un côté à l'autre. Si l'on s'en réfère à la théorie invoquée par Jacquet, l'origine de cette action résiderait dans l'excitation produite par l'agent révulsif sur les téguments ; mais, pour Molle, ce phénomène mériterait d'être interprété de façon toute différente [45]. Pourquoi ne pas supposer que, au au cours de certains états pathologiques, un vésicatoire, par exemple, ne puisse avoir sur les nerfs trophiques d'une région la même action qu'il possède, au cours de l'hystérie, sur les nerfs sensitifs et moteurs ? Malgré les théories nouvelles sur l'hystérie qui subordonnent tous les phénomènes observés à la suggestion, il semble bien subsister le fait que certains agents *esthésiogènes*, tels les révulsifs, agissent par eux-mêmes et sans le secours d'une intervention psychique. Or, si nous rapportons ces faits dans le domaine de la trophicité, ne serait-il pas permis de soutenir que les révulsifs en général sont des *médicaments « trophogènes »* et, par contre-coup, susceptibles, dans certains cas, de *transférer* des troubles d'hypotrophie momentanément d'une région du corps à sa symétrique opposée ?

Voilà, certes, une supposition bien risquée, mais en y réfléchissant, combien précieuse pour expliquer le

mode d'action encore si mal connu de la médication révulsive.

Or, on a pu le voir dans quelques-unes de nos Observations et notre Maître nous affirme l'avoir bien des fois constaté dans sa pratique, *que la révulsion fut parfois nettement justiciable de certaines poussées congestives survenues en des points symétriques et croisés relativement aux foyers au niveau desquelles elle avait été appliquée.*

Les conséquences redoutables d'une révulsion intempestive ont d'ailleurs été bien des fois signalées : « Il faut, avant toutes choses, et, en vertu du vieil adage *primum non nocere,* nous disent Desfosses et Martinet (**37**), se bien rappeler que les pointes de feu ne doivent être employées que dans les formes apyrétiques, torpides, et que la fièvre et les phénomènes d'excitation constituent une contre-indication presque absolue... »

Nous ajouterons que ce genre de médication devra être totalement proscrit chez les tuberculeux porteurs de troubles très accusés d'hémi-hyperesthésie. Si l'on s'en réfère, en effet, à nos Observations (Observations XIII et XIV), nous voyons que c'est chez des malades de cette espèce, que la révulsion a produit avec le plus de régularité le phénomène de transfert, en même temps qu'apparaissaient des foyers pulmonaires nouveaux.

Nous n'insisterons pas davantage sur ces questions de révulsion qui, nous le reconnaissons, renferment encore des points bien obscurs.

Nous ne terminerons pas ces lignes sans parler des nouvelles méthodes de traitement chirurgical préconisées pour la cure de la phtisie ; aussi bien, comme on le verra, il y a là des points se rattachant intimement à notre sujet.

Si l'on se rapporte aux considérations pathogéniques que nous venons d'exposer, la condition primordiale de l'envahissement bacillaire d'un sujet, et surtout sa

localisation non seulement aux sommets du poumon, mais encore à telle ou telle zone du sommet atteint, réside en l'existence chez le sujet en question de troubles d'hémi-hypotrophie préalables. Quoi de suprenant, alors, qu'une thérapeutique, s'adressant aux fibres nerveuses conductrices de la trophicité pulmonaire, n'ait quelque chance de modifier dans un sens utile cette trophicité défaillante ?

Les tentatives de quelques chirurgiens de notre époque concernant les interventions au niveau même des troncs nerveux, soit par élongation, soit par dilacération, sont trop connues pour que nous y insistions.

Or, les filets conducteurs de la trophicité pulmonaire ne peuvent subir un contact chirurgical qu'en deux points seulement de leur parcours, tout d'abord au niveau du trajet cervical des pneumogastriques et enfin au niveau de leurs expansions terminales intra ou juxta-pulmonaires.

En ce qui concerne l'intervention sur les vagues au niveau du cou, nous ne pouvons que signaler l'opinion aussi originale qu'audacieuse de Jaboulay : « Nous pensons, dit le chirurgien lyonnais, que l'élongation du pneumogastrique trouvera plusieurs de ses indications les plus importantes dans certaines affections du poumon à la nutrition et au fonctionnement duquel il commande... » [**38**].

On comprendra que nous n'insistions pas davantage sur ce mode d'intervention. L'acte chirurgical qui consiste à modifier extemporairement les fibres d'un nerf a donné jusqu'à présent des résultats trop divers, pour qu'on puisse espérer obtenir, en particulier, pour les vagues des résultats de longue durée au point de vue pulmonaire.

Il n'en serait pas de même, nous semble-t-il, en ce qui concerne les interventions qui s'adresseraient aux filets terminaux du pneumogastrique au sein du parenchyme pulmonaire. Or, peut on nier que la méthode préconisée par Forlanini et Brauer et qui consiste à

provoquer l'atelectasie du poumon par l'installation d'un pneumothorax artificiel, peut-on nier, disons-nous, que cette méthode n'ait précisément pour effet de modifier la statique nervo-motrice de ce viscère en provoquant une transformation radicale dans la longueur, le degré de tension et la tonicité des fibres végétatives commandant à la trophicité de l'organe ?

N'est-il pas permis de voir là une intervention analogue à celle que le chirurgien pratique journellement sur les fibres des troncs nerveux ?

Ce sont ces idées que Molle a soutenues dans un article récent de la *Presse Médicale* [44], où il s'écarte délibérement des théories pathogéniques de ses devanciers.

Voici, en effet, d'après Désirier ([39], p. 78), quel est le mécanisme invoqué par les promoteurs de la méthode pour expliquer les améliorations indéniables qu'elle leur a permis d'obtenir :

« La compression exercée sur le poumon malade par l'air contenu dans la plèvre agit mécaniquement :

» 1° Sur le tissu pulmonaire lui-même pour l'anémier en y gênant la circulation sanguine ; or, on sait que l'anémie d'un organe quelconque est une condition défavorable au développement d'une lésion pathologique.

» Il est vrai qu'en opposition à ce premier point, quelques auteurs ont trouvé dans la paresse du sommet, la cause de prédilection des tubercules pour cette région... ;

» 2° Sur les cavernes déjà formées pour favoriser l'évacuation de leur contenu, les accoler et en amener la cicatrisation... »

Il faut signaler ici une théorie qui est due au professeur Révillod, de Genève, qui l'exposa il y a quelques années [40]. Cet auteur insiste particulièrement sur l'état de repos du poumon. Il compare cette action du pneumothorax à ce qui se passe dans les laryngites chroniques amendées par la trachéotomie et dans les

cancers du pylore et du rectum restant stationnaires pendant des années après une gastro-entéro-anastomose ou un anus artificiel. De même, le poumon détendu et délivré de sa pression excentrique par le pneumothorax se repose de son fonctionnement.

Dumarest [41] considère que, lors de la fonte des tubercules, les lésions jusque-là mono-microbiennes, s'infectent secondairement et, selon une heureuse expression, il s'agit alors d'un ulcère extérieur infecté, c'est-à-dire d'une affection chirurgicale. L'idéal serait comme dans toute plaie septique de l'immobiliser et de la drainer. Le drainage n'a donné que de mauvais résultats, que va donner l'immobilisation ? Comment la réaliser ? Cette immobilisation est possible, conclut ce clinicien, par la création d'un pneumothorax qui applique le poumon rétracté le long des gouttières vertébrales et accole, en partie du moins, les parois de la caverne.

Comme on peut le voir par l'exposé de ces diverses opinions, c'est l'*immobilisation* du poumon qui est considérée comme la cause principale des améliorations constatées.

Or, il existe une autre intervention chirurgicale préconisée au cours de la tuberculose pulmonaire et pour la justification de laquelle son créateur, Freund [41], a invoqué un mécanisme absolument inverse. Pour ce chirurgien, en effet, une des causes de la tuberculisation des sommets est l'immobilité relative du poumon à ce niveau, immobilité commandée par une disposition anormale de la première côte, laquelle encerclerait de trop près le parenchyme sous-jacent ; il serait donc avantageux de modifier cette disposition costale vicieuse par la *mobilisation* de cet os. Pour cela, faire une intervention sanglante est nécessaire, sur le manuel opératoire de laquelle il nous paraît d'ailleurs, superflu d'insister.

Il est bon de faire remarquer que ces deux méthodes de traitement, partant d'un principe absolument opposé,

comptent à leur actif, au dire de nombreux cliniciens, des succès indéniables ; or, n'est-ce pas là une condition qui nous permette de tenir pour suspecte l'exactitude des théories invoquées par les promoteurs de chacune d'elles ?

Il n'en serait pas de même si l'intervention d'une modification dans la trophicité pulmonaire, telle qu'elle résulte des idées pathogéniques que nous avons exposées, était acceptée.

L'intervention de l'élément trophique se traduirait, d'une part, dans l'opération de Forlanini-Braner par des transformations considérables de la statique pulmonaire, et d'autre part, dans l'opération de Freund, par les délabrements inévitables occasionnés au niveau des tissus sous-pleuraux et juxta-pulmonaires par une intervention sanglante d'une assez grande importance.

Nous avons terminé notre tâche. Sans doute, les faits que nous avons exposés sont encore mal connus ; certes, leur pathogénie est encore entourée de bien d'obscurité. Il n'empêche qu'ils nous ont paru constituer des éléments suffisants pour justifier ce travail d'ensemble.

Il nous reste maintenant à souhaiter que les expérimentateurs s'emparent de ces phénomènes pour en donner une pathogénie définitive. L'hypothèse de la distribution croisée des fibres terminales des vagues au niveau des poumons sera peut-être demain une réalité. Jusqu'à présent, la clinique seule a parlé : c'est au laboratoire qu'il appartient dès lors d'appuyer sur les bases solides de l'expérimentation, l'interprétation des faits qu'elle a observés.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Weill. — Des troubles nerveux chez les tuberculeux. (*Revue de Médecine,* 1893, n° 6, 10 juin.)

[2] Carrière. — Contribution à l'étude des troubles nerveux périphériques qui surviennent dans le cours de la tuberculose pulmonaire et de leur pathogénie. (*Thèse de Bordeaux,* 1894-1895.)

[3] Carrière. — Troubles nerveux périphériques chez les tuberculeux pulmonaires. (*Nord médical,* 1899.)

[4] Jacquet. — Hémi-hyperesthésie neuro-musculaire chez un tuberculeux (syndrome de Weill), avec transfert. (*Société médicale des Hôpitaux,* 5 mai 1899.)

[5] L. Jannot. — Hémi-hyperesthésie neuro-musculaire dans la tuberculose pulmonaire (syndrome de Weill). (*Thèse de Paris,* 1899-1900.)

[6] Molle (Oran). — L'homme droit et l'homme gauche au point de vue pathologique. — Essai de systématisation des lésions de quelques affections et en particulier de la tuberculose pulmonaire. (*Maloine,* éditeur, 1905.)

[7] Molle. — Essai de systématisation des lésions de la tuberculose pulmonaire au début. (*Congrès international de la tuberculose,* Paris, 1905.)

[8] Molle. — Étude clinique sur l'exploration et la compression pratiquées alternativement au niveau des faisceaux vasculo-nerveux du cou. (*Bulletin médical de l'Algérie,* 30 septembre, 30 octobre 1906.)

[9] Molle. — De quel côté dorment les tuberculeux pulmonaires relativement au siège de leurs lésions ? (*Presse médicale,* 26 août 1908.)

[10] Molle. — Hémi-hyperesthésie neuro-musculaire chez les variqueux et pathogénie des varices. (*Gazette des Hôpitaux,* 16 février 1909.)

[11] Molle. — Le signe du tapotage dans la phtisie pulmonaire, sa signification. (*Lyon médical,* 7 février 1909.)

[12] Molle et Jouty. — Existe-t-il une relation entre le siège des lésions laryngées et celui des lésions pulmonaires dans la tuberculisation de ces deux organes ? — Essai de systématisation des lésions tuberculeuses de l'arbre respiratoire. (*Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx,* tome XXXV, n° 2, février 1909.)

[13] Lebar, Élie. — Hyperesthésies systématisées et troubles connexes. (*Thèse de Paris,* 1906.)

[14] Freund. — *Berliner Klinische Woschenschrift,* t. 29, p. 776, 1902. — *Thérapeutische Monatschrift,* t. 16, p. 227, 1902.

[15] Forlanini. — A contribuzione della terapia chirurgica della tizi, ablatione del pulmone ? Pneumotorax artificiale. (*Gazzeta degl Ospedali,* août 1882.)

[16] Briquet. — Traité de l'hystérie, 1859.

[17] Dechambre. — *Dictionnaire Dechambre.* Article : *Décubitus.*

[18] Peter. — *Cliniques,* t. III.

[19] Fernet. — *France médicale,* 1877.

[20] Grancher. — *Maladies de l'appareil respiratoire.*

[21] Thomas J. Mays, de Philadelphie. — Étude du réflexe du vague chez 300 individus. (*New-York, Med. Journ.,* 3 sept. 1904.)

[22] Kuss. — Conditions que doit remplir une bonne notation graphique des signes d'auscultation. (*Bulletin médical* 1909, p. 91.)

[23] Gaston Trouvé. — Étude historique et statistique sur les preuves anatomo-pathologiques de la guérison de la tuberculose pleuro-pulmonaire. (*Thèse de Paris,* 1903.)

[24] Jeanselme. — *Bulletin de la Société des Hôpitaux de Paris,* 1898, p. 594.

[25] Jacquet. — Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux, 1897.

[26] Brown-Sequard. — Recherches expérimentales sur l'inhibition et la dynamogénie. (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie,* 1882, nos 3, 4, 5, 6.) — Articles Dynamogénie et Inhibition du *Dictionnaire Dechambre.*

[27] Meunier. — Du rôle du système nerveux dans l'infection broncho-pulmonaire. (*Thèse de Paris,* 1896.)

[28] Vulpian. — Leçons sur l'appareil vaso-moteur, 1875,

[29] Chelminski. — *Revue de Médecine,* n° 22, 1904.

[30] Révillod. — Formes cliniques de la tuberculose pulmonaire. (*Congrès de Montpellier,* 4e session, 1898.)

[31] Trousseau. — Cliniques, t. II.

[32] Lortat Jacob et G. Vitry. — Caverne pulmonaire chez un nourrisson. — Rôle de la compression du pneumogastrique par un ganglion dans l'évolution des lésions. (*Congrès international de la tuberculose,* Paris, 1905, t. II, p. 350.)

[33] Rodet et Galavielle (de Montpellier). — Le saprophytisme dans la tuberculose. (*Congrès international de la tuberculose,* Paris, 1905.)

[34] Gilles de la Tourette. — Traité de l'hystérie, t. II.

[35] Largaud. — De l'influence de l'hystérie sur la phtisie pulmonaire. (*Thèse de Montpellier,* 1882.)

[36] Sabourin. — Les exutoires tuberculeux. (*Revue de Médecine,* 1903.)

[37] Desfosses et Martinet. — La cautérisation ignée ; ses indications. (*Presse médicale,* 13 avril 1907.)

[38] Jaboulay. — L'élongation du pneumogastrique. (*Lyon médical,* 1898, p. 538.)

[39] Désirier. — Pneumothorax et tuberculose pulmonaire. (*Thèse de Lyon,* 1908.)

[40] Révillod.—*Revue médicale de la Suisse romande,* octobre 1894.

[41] Dumarest. — Du pneumothorax chirurgical dans le traitement de la phtisie pulmonaire. (*Bulletin médical,* février 1909, p. 123.)

[42] Molle. — Influence de l'hérédité familiale sur la distribution géographique des lésions dans la tuberculose pulmonaire. (*Presse médicale,* 4 mars 1911.)

[43] Molle. — Quelques considérations sur les phénomènes réactionnels (douleur, toux), provoqués par l'exploration manuelle (palpation, pression, percussion) pratiquée au niveau des sommets dans la tuberculose pulmonaire. (*Journal des Praticiens,* 11 février 1911.)

[44] Molle. — Quelques considérations sur le mécanisme de l'action curative du pneumothorax artificiel (méthode de Forlanini) dans la tuberculose pulmonaire chronique. (*Presse médicale,* 1912.)

[45] Molle et Mirouse. — Note sur quelques effets produits par la révulsion, chez les tuberculeux pulmonaires, au point de vue de la distribution des hyperesthésies musculaires systématisées. (*Bulletin médical de l'Algérie,* juillet 1912.)

[46] Fowler. — De la localisation des lésions de la phtisie, traduit par Tussau, Paris, 1882. — *Arrested pulmonary tuberculosis,* London, 1892.

[47] Piery. — La Tuberculose pulmonaire, Paris, 1910 (Bibliothèque de la tuberculose).

[48] Tripier, R. — Traité d'anatomie pathologique générale, 1904.

[49] Sabourin. — La douleur locale à la pression du doigt chez les tuberculeux. (*Journal des Praticiens,* 1910, p. 471.)

Vu :

Le Président de Thèse,

Dr Ardin-Delteil.

Vu :

Le Doyen,

Dr Curtillet.

Vu et permis d'imprimer :

Alger, le 25 juin 1912.

Le Recteur,

E. Ardaillon.